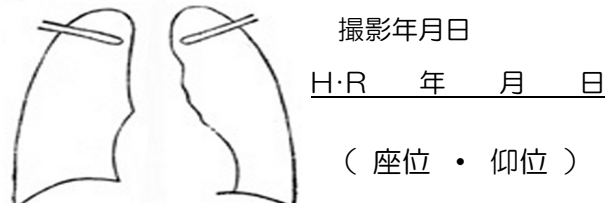


診療情報提供書 (入所 ・ 通所)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|--|-------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 氏名 | | 様 (男 ・ 女) | | 大正・昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | | 才 | |
| 現病歴 ※現在の病状・治療内容(経過や予後含む)等について、なるべく詳しくご記入願います | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴 ※入院・手術等を要した過去の傷病についてご記入願います | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部X-P所見 ※特に結核性病変の有無についてご記入願います 原則として、記入日の3ヶ月以内撮影分で見見願います | | | | | | 処方薬剤 ※現在の定期的な投薬(処方)内容をご記入願います | | | | | | | |
|  <p>撮影年月日 H·R 年 月 日 (座位 ・ 仰位)</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 精神症状 ※認知症状が有る場合、その程度や具体的な状態をご記入願います 認知症：(有 ・ 無) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 心電図 ※異常の有無、及び特記すべき事項をご記入願います | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 特記事項 ※治療(療養)上の留意点、環境・家族背景等についてご記入願います | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症・血液型・血圧・脈拍・皮膚の状態等 | | | | | | | | | | | | | |
| ・MRSA (+ ・ -) ・HBs (+ ・ -) ・HCV (+ ・ -) ・Wa (+ ・ -) ・血液型 (Rh + ・ - / 型) ・血圧： / mmHg ・脈拍： 回/分 (整 ・ 不整) ・褥創 (有：部位 () ・ 無) ・疥癬 (有：部位 () ・ 無) ・発疹 (有：部位 () ・ 無) ・浮腫 (有：部位 () ・ 無) | | | | | | 医療機関名 | | | | | | | |
| | | | | | | 所在地 | | | | | | | |
| | | | | | | Tel/Fax | | | | | | | |
| | | | | | | 担当医師名 | | | | | | | |
| | | | | | | 印 | | | | | | | |