記入方法

# 診療情報提供書

別書式でも可

平成　　年　　月　　日

（入所・短期入所・通所）

医療機関
住　　所
電話番号
担 当 医

| 氏　　名 | | 生年月日 | |
|---|---|---|---|
| 病　　名 | | | |

現病歴・治療経過

現在の処方

別紙でも可

該当する診療科で実施した検査データのみで構いません。全てを記入して頂く必要はありませんが、この他にデータがありましたら、添付してください。

退院・退所日：

検査所見

血液検査　ＷＢＣ（　　）ＴＰ　（　　）ＢＵＮ（　　）
ＲＢＣ（　　）ＧＯＴ（　　）Ｃｒ　（　　）
Ｈｂ　（　　）ＧＰＴ（　　）ＡＬＢ（　　）
ＣＲＰ（　　）

胸部Ｘ線　異常
その他

感染症　HBs 抗 原 ：
HBe 抗 原 ：
HCV-Ⅱ抗体 ：
TPHA ：
RPR 法 ：
HCV-Ⅲ抗体 ：
HCV-Ⅰ抗体 ：
反 ：

通所リハビリテーション（デイケア）、短期入所（ショートステイ）をご利用の場合は、いずれかの項目に必ずチェックを入れてください。

リハビリ指示

□筋力増強訓練　□上肢機能訓練　□失語症、口腔・嚥下機能評価・訓練
□ADL訓練　□起立・歩行訓練　□自宅訪問指導（通所リハビリ）
□特記（　　）

老健医師確認欄

食事制限

一般食（1600kcal 蛋白60g 脂肪40g）

□減塩食（塩分7g）
□心臓病食（塩分6g）　□エネルギー制限（1200kcal）　□脂肪制限食（35g）
□蛋白制限食（40g）　□エネルギー制限（1400kcal）　□潰瘍食
□蛋白制限食（50g）　□エネルギー制限（1600kcal）　□高エネルギー食

糖尿病、高血圧などで食事制限が必要な場合は、必ず記入してください。

情報提供先　　老人保健施設
住所
TEL　　FAX