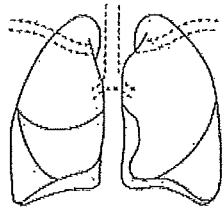


診療情報提供書 (入所 ・ 短期入所)

年 月 日

老人保健施設 なないろ
担当医 宛

医療機関名
医師名

フリガナ			男・女	大正		
利用者氏名				昭和	年	月 日 生 (歳)
主傷病名						
既往歴 治療状況 (経過)	療養食 (無・有) ※有の場合、 既往のある病名 に○をし、食事 内容や検査内容 のご記入を お願いします	・糖尿病 (kcal) ・心臓病食 (塩分 g) ・膵臓病脂肪 (20 ・ 30 ・ 40 g) ・貧血 (Hb g/dl) ・胃潰瘍 () ・脂質異常症 (kcal) LDL コレステロール mg/dl HDL コレステロール mg/dl 中性脂肪 mg/dl ・高度肥満症 (kcal) ・腎臓病 (塩分 g・蛋白 g) ・痛風 ・肝臓病 (kcal)				
服薬内容	□別紙参照					
検査	下記の検査をお願いします。 MRSA(咽頭・鼻腔) (+ -) (検査日 年 月 日) HBs 抗原 (+ -) (検査日 年 月 日) HCV 抗体 (+ -) (検査日 年 月 日) Alb _____ g/dl			レントゲン所見  検査日 年 月 日		
特記事項	尿道カテーテル (無・有) 人工肛門 (無・有) 経管栄養 (経鼻・胃ろう) (無・有) 褥瘡 (無・有) 褥瘡以外の皮膚疾患・疥癬等 (無・有) ≪リハビリの禁忌≫ 禁忌の血圧 mmHg 以上 mmHg 以下 禁忌の体温 °C 以上 禁忌の脈拍 回/分 ≪入浴の禁忌≫ 禁忌の血圧 mmHg 以上 mmHg 以下 禁忌の体温 °C 以上			【日常生活自立度】 寝たきり度：自立 J1・J2・A1・A1・A2 ・B1 ・B2・C1・C2 認知症：Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M 【麻痺・拘縮等】(無・有) 上肢 右・左 下肢 右・左		
その他特記						