

診療情報提供書(ウイケア施設 通所・入所判定用)

氏名			男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)	
住所					身長 cm 体重 kg	
機能障害の有無	視覚	聴覚	言語		四肢	
既往歴						
現 症	呼吸器 胸部X-P		伝染性疾患 皮膚病等			
	循環器 心電図検査		栄養状態			
	消化器		むくみ			
	アレルギー 疾患		褥瘡			
	認知症		その他			
		治療中の疾病 及び治療経過 処方内容				
検 査	血圧	～	mmHg	血液型	赤沈検査(1時間)	
	HBs抗原()	HBs抗体()	HCV抗体()			
	梅毒反応 (方法)		(結果)			
	MRSA(必要に応じ咽頭または喀痰)					
	WBC()	RBC()	Hb()	Ht()		
	PLT()	GOT()	GPT()	γ-GPT()		
	BUN()	CREA()				
	総コレステロール()	BS()	アルブミン()			
尿 蛋白()	糖()	ウロビリノーゲン()				
本人及び家族の要望						
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)						

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

医 師

®