

診療情報提供書

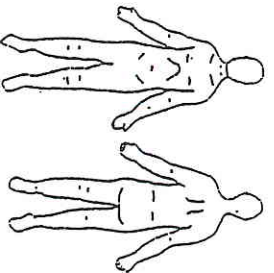
平成 年 月 日

情報提供先 居宅介護支援事業所名

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生	(歳)
住所	電話番号					

病名 病歴及び 治療内容	<p>麻痺・拘縮・皮膚疾患の 部位などを図示してください</p> 
処置	<p><医療的処置> 経管栄養・胃ろう・留置カテーテル・人工肛門・人工膀胱 薬療法・人工関節置換(部位)・その他()</p>
与薬	
既往歴	<p>高血圧症・糖尿病・肝臓病・心臓病・脳卒中・リウマチ・腎臓病 その他()</p>
皮膚疾患	<p>なし・あり… 瘡癤・湿疹・疥癬・その他() (所見)</p>
精神の状況	<p>問題行動 なし・あり… 徘徊・暴行・暴言・被害妄想・不潔行為 その他()</p>
感染症	<p>HBS抗原 陰性・陽性・不明 HCV抗体 陰性・陽性・不明 MRSA 陰性・陽性()・不明 その他()</p>
胸部X線	<p>異常 なし・あり (所見)</p> <p>年 月 日撮影</p>
サービス利用時 の注意事項・ その他のご意見	

※ 胸部X線については市民健康診査などの結果があれば添付してください。
又、撮影が困難な場合は喀痰検査(結核)の結果を記入してください。