

診療情報提供書

記入日 令和 年 月 日

紹介元の医療機関

特別養護老人ホーム太陽の園

所在地及び名称

嘱託医 宛

医師氏名 ⑩

患者氏名	(男・女)	生年 月日	M・T・S 年 月 日 (才)
病名			
既往歴			
日常生活 自立度	正 常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症 自立度	無 ・ 有 (I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M)		
褥瘡等 皮膚疾患	無 ・ 有 → 感染症 (無 ・ 有)		
排便状況	正 常 ・ 便秘 ・ 下痢		
食事	経口摂取・経管栄養 (経鼻・PEG)	食事療法 (無・有)	
現在の 処方			
その他の 特記事項			
胸部所見 (レントゲン検査 撮影 年 月 日)		アレルギー 薬品 食品 その他	
感染症等	HB s 抗原 (未検査・＋・－) HCV (未検査・＋・－) 結核性疾患 (無・有)	その他の検査 (最近のデータがありましたら添付してください。)	

※検査データについてはわかる範囲でご記入ください