

診療情報提供書

ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日生	
病名	発症 年 月 日		合併症	発症 年 月 日
既往歴		現在の処方内容(注射も含めて)		
患者についての注意事項(治療も含めて)				
障害高齢者日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
麻痺	上肢: なし・あり(右・左) 下肢: なし・あり(右・左)			
褥瘡	なし・あり(部位)			
検査	HBS抗原(+・-)		HCV抗体(+・-)	
	MRSA()			
	胸部レントゲン		心電図所見	
	撮影所見	年 月 日		
結核の既往(有・無)		その他検査		
尿道カテーテル	なし・あり	人工肛門	なし・あり	
経管栄養	なし・あり(カロリー)			
認知症状	幻覚(なし・あり) 夜間せん妄(なし・あり) 異食(なし・あり)			
上記のとおり診断する。		平成	年	月 日
医療機関名		医師名		印