

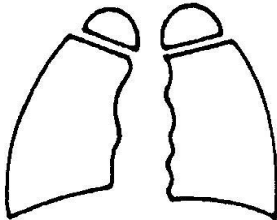
診療情報提供書

介護老人保健施設
たけおか 施設長宛

令和 年 月 日

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 氏 名 ⑩

利用者	氏 フリガナ 名			男・女
	生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日生	(歳)
紹介目的				
診断名	(発症年月日のご記入をお願いします)			
既往歴				
現病歴及び現状	血圧 (/)			
機能訓練上の注意点	利用者についての注意点をご教示ください。(血圧の上限、脈拍の上限、避けるべき事項等)			

機能訓練内容	適する訓練に[✓]をお願いします。 ① 個別訓練 [] 関節可動域訓練 [] 筋力増強訓練 [] 起居動作訓練 [] 歩行訓練 [] ADL訓練 [] ベットサイド [] 作業療法 [] 言語療法 ② 集団訓練 [] 集団体操 [] 集団レク ③ その他 [] 趣味活動 [] 家族介護指導			
検査所見	① 感染症検査（令和 年 月 日 実施） HBs抗原 （＋・－） HCV抗体 （＋・－） ※TPHA （＋・－） MRSA・咽頭培養 （＋・－） 疥癬 （＋・－）			
	② 血液検査（令和 年 月 日 実施） 白血球数 赤血球数 Hb Ht 血小板数 総蛋白 アルブミン AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT LD ALP 総ビリルビン LDL-cho HDL-cho 中性脂肪 BUN クレアチニン 尿酸 Na Cl K CRP PT-INR 血糖 （食前・食後 時間） HbA1c			
	③ 尿定性（令和 年 月 日 実施） 蛋白 （ ） 糖 （ ） 潜血 （ ）			
心電図	（令和 年 月 日 実施）			
処方薬				X線所見 直接・間接 令和 年 月 日 撮影  CTR= %

※ 検査所見は、3ヶ月以内のものをお願いします。

※ 心電図、レントゲン所見に異常がある方は、コピーを添付ください。

※ PT-INRは、血液凝固阻止剤を服用している方のみ検査をお願いします。