

診療情報提供書

年 月 日

介護付有料老人ホーム
愛広苑参番館 担当医 宛

紹介元の医療機関
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

ご利用者氏名		性別： 男 ・ 女	
生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生まれ		年齢： 歳	
現在の診療形態： 1. 外来 2. 往診 3. 入院（ 年 月 日より）			
診断名			
要介護度：（支援 1 2 ） 要介護 1 2 3 4 5			
現病歴		既往歴	
現在の処方		腎機能／肝機能（最近の血液データがございましたら添付してください）	
胸部所見	心電図	その他	
HB s 抗原	HB s 抗体	HCV 抗体	

※ 以下のものについては、わかる範囲でご記入ください。

アレルギー：薬品 食品 その他		その他の検査（最近の検査データがありましたら添付してください。）	
皮膚病	血圧	褥瘡	MRSA
HIV 抗体	梅毒反応： 〇氏	TPHA	