

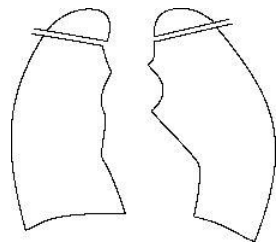
診療情報提供書

氏名 男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日 () 歳

住所 〒 電話 ()

病名 1 _____ 年 月 日 発病 4 _____ 年 月 日 発病
 2 _____ 年 月 日 発病 5 _____ 年 月 日 発病
 3 _____ 年 月 日 発病 6 _____ 年 月 日 発病

現病歴及び特記事項	認知症に関する特記事項
	心身の障害及び疾患がある場合はその内容等
内服薬:	
	認知症 なし・あり(軽度・中度・重度)

<p>胸部X線検査</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>所見:</p> <p style="text-align: right;">撮影 年 月 日</p>	<p>身長: _____ cm 体重: _____ kg</p> <p>通常血圧: _____ / _____ mmHg</p> <p>脈 拍: _____ / 分 不整脈 有・無</p> <p>血圧・脈拍にサービス施行時(入浴、リハ等)制限のある場合</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">上 限</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">下 限</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">収縮期血圧</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">脈 拍</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>	上 限	下 限	収縮期血圧	_____	脈 拍	_____
上 限	下 限						
収縮期血圧	_____						
脈 拍	_____						

感染症: HBS抗原 (- ・ +) HBS抗体 (- ・ +) } 必要な場合のみご記入下さい。

HCV抗体 (- ・ +)

梅毒 (- ・ +)

MRSA (- ・ +)

皮膚湿疹 有・無 有りの場合、疥癬の可能性 有・無

血液検査: 一般的な血液検査 データを添付願います

インフルエンザワクチン _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関名
	所在地
	電話
	医師名 印