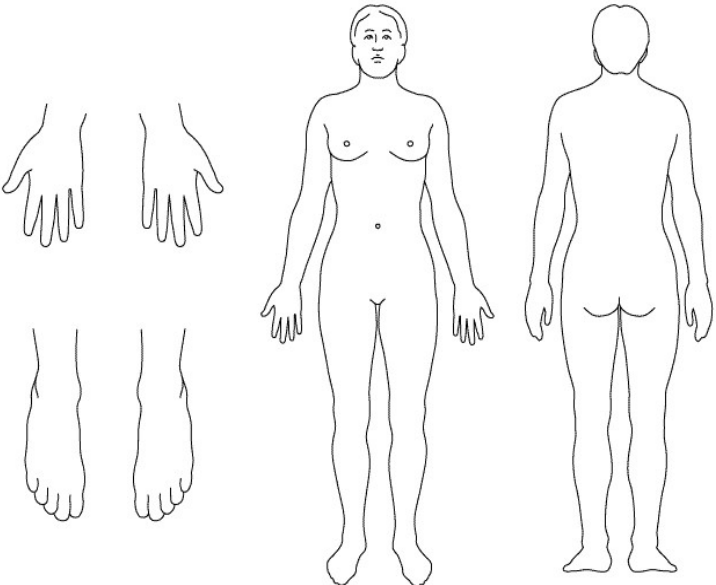


診療情報提供書

氏名	フリガナ		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 年齢 歳					
現住所	〒 電話 () ー								
既往症及び発症の年月日									
理学的所見									
身長	c m		体重	k g		血圧	／		
視力	良	やや不良	不良	皮膚疾患	無	(疥癬 + ・ -)			
聴力	良	やや不良	不良		有	(その他)			
検尿	糖 (+ ・ -)		蛋白 (+ ・ -)		潜血 (+ ・ -)				
血液検査 月 日	A S T (G O T) ()		IU/L		血 糖 ()		mg/dl		
	A L T (G P T) ()		IU/L		H b A 1 C ()		%		
	γ - G T P ()		IU/L		白 血 球 数 ()		/mm		
	総コレステロール ()		mg/dl		赤 血 球 数 ()		万/mm		
	L D L ()		mg/dl		ヘ モ グ ロ ビ ン ()		g/dl		
	中 性 脂 肪 ()		mg/dl		ヘ マ ト ク リ ッ ト ()		%		
	総 ビ リ ル ビ ン ()		mg/dl		血 小 板 数 ()		万/mm		
	尿 酸 ()		mg/dl		ク ロ ー ル ()		mEq/l		
	尿 素 窒 素 ()		mg/dl		ナ ト リ ウ ム ()		mEq/l		
	ク レ ア チ ニ ン ()		mg/dl		カ リ ウ ム ()		mEq/l		
	血 清 総 蛋 白 ()		g/dl		H B s 抗 原 (+ ・ -)				
	C R P ()		mg/dl		H C V 抗 体 (+ ・ -)				
※感染症検査及び血液検査結果につきましては、結果表（写）を添付してください。					M R S A (+ ・ -) 喀痰 ・ 鼻腔 ・ 尿				
その他の伝染性疾患									
褥創	無 ・ 有 (程度： 大 中 小 位置： 右上に図示)								
介護度	申請中 自立 要支援 要介護 (1 2 3 4 5)								
精神の状態	障害自立度		J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2
	認知症自立度		正常	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ M
	問題行動等 特記事項		(具体的に)						

心身障害の認定		障害名 () 障害の程度 ()	
		大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 (推 定 ・ 不 詳)	
四 肢 運 動 障 害			X 線 写 真 所 見
			(直 接 ・ 間 接) 撮 影  平成 年 月 日 撮 影 (レントゲンフィルムはなるべく添付)
四 肢 欠 損  麻 痺  筋 力 の 低 下  褥 創 等 の 皮 膚 疾 患  拘 縮 		心 電 図 (心電図はなるべく添付)	
その他検査及び 特記事項			
現 症 に 対 す る 総 合 所 見	・ 現 疾 患 名 _____ _____ _____ _____ _____		
	・ 治 療 の 内 容 _____ _____ _____ _____ _____		
	・ 処 方 の 内 容 _____ _____ _____ _____		
上記のとおり診断します。 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 名 医 師 名 印			