

診療情報提供書

氏名	様		生年月日	大・昭	年	月	日(歳)
住所	TEL ()						
既往歴				処方薬			
現病名							
身長	cm	体重	kg	血圧	mmhg		
経口摂取	可・不可 ()						
障害	言葉・視力・聴力・四肢・特記事項なし						
皮膚の状況	問題無し・有 (所見)						
関節拘縮	無・有 (部位)						
X線所見	問題無し・有 (所見)						
ECG							
浮腫							
認知	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M						
MRSA	+・- 部位：咽頭・鼻腔・その他()						
血液検査	TP		GOT		GPT		WBC
	RBC		Hb		CRP		クレアチニン
	BUN		Alb		血糖		血小板
	HBs-Ag		HCV抗体		NGSP		
	梅毒	RPR	+・-	TPLA	+・-		

上記の通り診断いたします。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師名

印

介護老人保健施設アヴニール