診療情報提供書（入所）

フリガナ		性別	生年月日	年　月　日（　歳）
氏名		男 女		
住所			電話番号	

■現在治療中の疾患名（発症日）

1　（　年　月　日）
2　（　年　月　日）
3　（　年　月　日）
4　（　年　月　日）
5　（　年　月　日）

■既往歴（発症日）

1　（　年　月　日）
2　（　年　月　日）
3　（　年　月　日）
4　（　年　月　日）
5　（　年　月　日）

■現病歴の経過

■現在の処方（投薬・注射・点眼薬等）

■現在の医療処置

□酸素療法　□膀胱留置カテーテル　□人工肛門
□血液透析　□経管栄養（ 鼻腔・経胃 ）　□皮膚疾患（　）
□その他（　）

■身長・体重

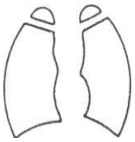
cm
kg

■現症

運動麻痺　（ 無・有 ）（部位：　）
褥瘡　（ 無・有 ）（部位：　）
（状態：　）
問題行動　（ 無・有 ）（状況：　）

■胸部X-P所見（直接）

撮影日（　年　月　日）
異常　（ 無・有 ）



■EKG所見　検査日（　年　月　日）

■血液検査　検査日（　年　月　日）

WBC	（　）	TP	（　）	尿素窒素	（　）	Cℓ	（　）
RBC	（　）	アルブミン	（　）	クレアチニン	（　）	血糖	（　）
Hb	（　）	AST	（　）	CRP定量	（　）	HbA1c	（　）
Ht	（　）	ALT	（　）	Na	（　）		
血小板	（　）	γ-GTP	（　）	K	（　）		

■感染症　検査日（　年　月　日）

HBs抗原（－・＋）　その他感染症（結核、疥癬等）（　）
HCV抗体（－・＋）

上記にて、介護保険によるサービス利用を（ 可・否 ）と認めます。

年　月　日　医療機関　所在地

名称

主治医　㊞