

診療情報提供書

介護老人保健施設 ヴァンベール

氏名			男・女	明・大・昭	年	月	日生	(歳)
住所								
主病名 病歴 及び 治療内容 (投薬・処置)	(病名・病歴)			(処方内容)				
既往歴								
身長	()cm	測定不能	胸部所見					
体重	()kg	測定不能	・異常なし ・異常あり					
視力	右	良い・普通・悪い						
	左	良い・普通・悪い						
眼疾患								
聴力								
言語								
認知症状 (具体例)	(有・無)							
四肢運動機能	麻痺	右 (有・無)	(直接・間接) 平成 年 月 日撮影					
		左 (有・無)						
皮膚状態	皮膚疾患	無・有 ()	心電図 (月 日)	所見 ・異常なし ・異常あり				
	疥癬	無・有 ()						
	褥瘡	無・有 ()						
血液検査 月 日実施	白血球		総コレステロール		HBs抗原			
	赤血球		BUN		HCV抗体			
	Hb		クレアチニン		MRSA			
	Ht		尿酸		ワ氏			
	血小板		TG		尿 検 査	蛋白		
	血清蛋白		Na			糖		
	アルブミン		K		潜血			
	GOT(AST)		BS(食後 時間)					
GPT(ALT)		CRP						
(その他留意事項がございましたらご記入ください。)								

平成 年 月 日

医療機関名

担当医師名

印