

# 診療情報提供書

記載日 令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別( 男性・女性 )

生年月日( 明・大・昭 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

## 診断

## 認知症

・認知症 ( 有・無 ) HDS-R /30 (検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

・問題行動( 有・無 )

<具体的に記載> ( \_\_\_\_\_ )

・抑うつ ( 有・無 )

・精神症状( 有・無 )<具体的に記載>( \_\_\_\_\_ )

・高次機能障害( 有・無 )

( \_\_\_\_\_ )

## 既往歴

## アレルギー歴

## これまでの治療経過を含む、最近の病状

## 処方内容

医学的管理を要する器具( 有・無 )<具体的に記載>

( 気管切開チューブ・経鼻胃管・胃瘻・尿道カテーテル・膀胱瘻・その他 \_\_\_\_\_ )

食事制限( 有・無 )

<具体的に記載> ( \_\_\_\_\_ )

身体所見

皮膚トラブル(有・無)

(褥創・白癬・疥癬・その他) (部位: )

身体機能

- ・四肢の変形・欠損(有・無) <部位> ( )
- ・麻痺(有・無) <部位> ( )
- ・筋力低下(有・無) <部位> ( )
- ・関節拘縮(有・無) <部位> ( )
- ・失調・不随意運動(有・無) <部位> ( )

検査所見【実施日: 年 月 日】 検査データのコピーでも結構です

血液							
Hb		TP		BUN		FBS	
RBC		Alb		Cre		HbA1c	
WBC		AST(GOT)		Na		T-cho	
Plt		ALT(GPT)		K		TG	
		ALP		Cl		HDL	
		γ-GTP		Ca			

尿	
糖	
蛋白	
潜血	

感染症			
HBs 抗原			
HCV 抗体			
梅毒			

胸部X線【 年 月 日】

心電図所見【実施日: 年 月 日】

その他 特記事項

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印