

診療情報提供書

介護老人保健施設 サンスマイル北野

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	明治 大正 昭和 年 月 日	歳
住所	〒 連絡先			

傷病名(発症時期)

治療経過(既往歴及び家族歴・症状経過)

血液検査 別紙参照 ※検査データは3ヶ月以内のものをお願いします

白血球(WBC)	$\times 10^2/\mu\text{L}$	血糖(空腹時)	mg/dL	AST(GOT)	U/L
赤血球(RBC)	$\times 10^4/\mu\text{L}$	ヘモグロビンA1c	%	ALP(GPT)	U/L
ヘモグロビン(Hb)	g/dL	BUN	mg/dL	中性脂肪(TG)	mg/dL
ヘマトクリット(HT)	%	クレアチニン	mg/dL	HDLコレステロール	mg/dL
血小板(PLT)	$\times 10^4/\mu\text{L}$	ナトリウム(Na)	mmol/L	LDLコレステロール	mg/dL
血清蛋白	g/dL	クロール(Cl)	mmol/L	CRP	mg/dL
アルブミン	g/dL	カリウム(K)	mmol/L	NT-pro BNP	pg/mL

アレルギー なし あり ()

精神の状況 なし あり (徘徊 奇声 異食 不穏 興奮 妄想 せん妄)
問題行動 (昼夜逆転 その他)

感染症	HBs抗原	(+ ・ -)	胸部X線撮影 所見	心電図 所見
	HCV抗体	(+ ・ -)		
	MRSA	(+ ・ + + ・ -)		
	鼻腔ぬぐい液	その他() ※3ヶ月以内のものをお願いします		

処方薬 別紙参照

医療機関名 所在地 電話番号	令和 年 月 日 医師名 印
----------------------	-------------------

*この書類についてのお問い合わせは、サンスマイル北野 相談員までご連絡ください。

2021-12-1

TEL 0795-48-2666 FAX 0795-48-2901