

# 診療情報提供書(ショートステイ)

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)	×10 <sup>2</sup> /μL	血糖(空腹時)	mg/dL	AST(GOT)	U/L
赤血球(RBC)	×10 <sup>4</sup> /μL	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)	×10 <sup>4</sup> /μL	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 ( + ・ - )	MRSAの既往 ( 保菌・無・有 )	心疾患の既往 <input type="checkbox"/> なし
	HCV抗体 ( + ・ - )	結核の既往 ( 無 ・ 有 )	<input type="checkbox"/> あり

処方薬  別紙参照 ※あれば目薬、塗り薬、貼り薬等もご記入をお願いします

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。