診療情報提供書

介護老人保健施設　サンスマイル北野
和田　謙　　先生

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名				歳

住所	〒	TEL	

既往歴及び現病歴	
血液検査状況	3ヶ月以内の検査データがございましたら、添付をお願い致します。
身体の状態	知覚障害　□無・□有（　　） 視力障害　□無・□有（　　） 聴力障害　□無・□有（　　） 言語障害　□無・□有（　　） 心疾患の既往　□無・□有（　　） 麻痺　□無・□有（　　） 上肢　□左・□右　□不完全麻痺・□完全麻痺 下肢　□左・□右　□不完全麻痺・□完全麻痺
物療可否	マイクロ波　□可　部位（　　）　□否　　メドマー　□可　□否
皮膚疾患	疥癬　□無・□有（　　） 湿疹　□無・□有（　　） 褥瘡　□無・□有（　　） その他　□無・□有（　　） ※ 有の場合（疑いを含む場合）は、部位・程度のご記入をお願いいたします。
日常生活の状況	認知症の状態　自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M 寝たきり度　自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

特記すべき留意事項

□中止基準

□血圧 ＿＿＿＿ mmHg以上 ／ ＿＿＿＿ mmHg以下　□ 酸素飽和度 SPO2 ＿＿＿ %以下

□脈拍　頻脈（＿＿＿ 回/分以上）徐脈（＿＿＿ 回/分以下）□血糖 ＿＿＿＿ 以上 ＿＿＿＿ 以下

□ その他の症状

□ 禁忌・注意事項

投薬の内容	□ 別紙参照

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号　　医師名　　印

〒679-0205　兵庫県加東市北野55番地1　電話0795-48-2666　FAX0795-48-2901