

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				125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	%	ALT(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	☐ + ☐ -	MRSAの既往	☐ + ☐ -	心疾患の既往	☐ なし ☐ あり
	HCV抗体	☐ + ☐ -	結核の既往	☐ 無 ☐ 有		

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		令和	年	月	日
所在地		医師名			印
電話番号					

*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。