

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				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)	×10 ² /μL	血糖(空腹時)	mg/dL	AST(GOT)	U/L
赤血球(RBC)	×10 ⁴ /μL	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)	×10 ⁴ /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 ☐ + ☐ -	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	令和 年 月 日
所在地	
電話番号	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