

# 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   |       |    |      | 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)    | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 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 | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | MRSAの既往 | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | 心疾患の既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
|     | HCV抗体 | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | 結核の既往   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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<br>所在地<br>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。