

# 診療情報提供書

医療法人社団 真養会  
介護老人保健施設おおひら

氏名	男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( ) 才
病名及び合併症	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
既往歴	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
	発症:S.H.R 年 月 日 病名:		
経過	* 枠が足りない場合は別紙や裏に記載してください		
説明	病状に対する患者や家族説明		
添付	* 血液データ・処方内容の添付をお願いします * 感染症のデータもありましたら添付をお願いします		
身体状況	身長 cm ・ 体重 kg	認知症 無 ・ 有り ( 軽 ・ 中 ・ 重 )	その他 認知症周辺症状
	アレルギー 無 ・ 有 ( 薬・食物・喘息 )	禁忌 ( )	無 ・ 有 ( )
	禁忌 ( )	人工肛門 無 ・ 有	褥瘡 無 ・ 有 ( )
	喘息・呼吸困難 ( 無 ・ 時にあり ・ 有 )	バルンの留置 無 ・ 有	てんかん・失神発作 ( 無 ・ 時にあり ・ 有 )
	バルンサイズ Fr		
胸部X・P所見	心電図所見	令和 年 月 日	
		所在地	
		医療機関名	
		医師名 印	

\* 添付のお願い 血液・感染症のデータ  
\* 感染症状態でなければ培養検査は不要です。