

診療情報提供書

様式1-07 (改)

介護老人保健施設りんどうの里 施設長 殿

氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			年齢	歳
		診断年月日	平成 年 月 日			性別	男・女
傷病名							
既往歴							
現在の症状・総合所見							
現在の投薬 (薬剤情報提供書など添付していただいても結構です)							
身長	cm	尿 検 査	糖 ()	HBs抗原 ()	HBs抗体 ()		
体重	kg		蛋白 ()	HCV抗体 ()		梅毒反応 ()	
血圧	—	O-157	MRSA: 口腔 咽頭 喀痰				
胸部X線検査 (直接撮影) 平成 年 月 日 1. 異常無し 2. 異常有り () 結核の既往 1. 無し 2. 有り					心電図		
貧血	1. 無し 2. 有り ()		肝機能	1. 異常無し 2. 異常有り ()			
視力	無・有 ()		言語障害	無・有 ()			
聴力	無・有 ()		麻痺・拘縮	無・有 ()			
認知症	無・有 ()						
精神状況			皮膚病				
歩行障害			その他				
平成 年 月 日							
上記診断の通り相違ありません。							
所在地 医療機関名 医師名							
							印