

令和 年 月 日

診療情報提供書

7957-0347

新潟県新発田市大友17番地1

社会福祉法人ゆうしん

特別養護老人ホームくるま乃

囑託 医 先生

医療機関名	
診療科名	
医師氏名	
住 所	
電話番号	

下記の患者を紹介します。

フリガナ		性 別	□男・□女
患者氏名			
生年月日	□明治・□大正・□昭和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒		
電話番号			

診 断 名			
紹介目的	☒ 特別養護老人ホームの入居利用目的のため		
既往歴・症状経過・検査結果・治療経過 等々			
認知症高齢者の日常生活自立度		☐ I	☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M
現在の処方			

以下の事項については、わかる範囲でご記入をお願い申し上げます。

認 知 症	(☐ 有・ ☐ 無)	感 染 症	HBS 抗原 (☐ + ・ ☐ - ・ ☐ 未)
褥 瘡	(☐ 有・ ☐ 無)		HC V抗体 (☐ + ・ ☐ - ・ ☐ 未)
アレルギー	(☐ 有・ ☐ 無)		ワ 氏 (☐ + ・ ☐ - ・ ☐ 未)

＜検査項目＞

胸部X線	
心電図	

添付書類: ☐ 有・☐ 無