

診療情報提供書

介護付有料老人ホーム
スローライフもんぜん

年 月 日

紹介元医療機関名:

所在地および名称:

電話番号: - -

医師氏名:

患者氏名:	様	性別:	男 ・ 女
生年月日: 明治・大正・昭和	年 月 日	生まれ	年齢 歳
要介護度: 自立	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
現在の診療形態: 1. 外来 2. 往診 3. 入院(年 月 日 ~ 年 月 日)			
診断名			
既往歴			
現病歴			
現在の処方			その他

※以下のものについては、わかる範囲でご記入ください。

アレルギー : 薬品	その他の検査(最近の検査データがありましたら添付してください)	
: 食品		
: その他		
	尿 :	身長 : cm
	血液 :	体重 : kg
皮膚病 :	褥瘡 :	胸部所見 :
血圧 :	心電図 :	MRSA :
HIV抗体 :	HBs抗原 :	HBs抗体 :
HCV抗体 :	梅毒反応 :	ワ氏 TPHA
肺炎球菌 : 接種 (年 月 日) ・ 未接種		