

平成 年 月 日

# 診療情報提供書 (A)

本提供書の有効期限は、上記  
発行日より3カ月の間とする。

介護老人保健施設

板橋ロイヤルケアセンター  
施設長

様

医療機関名 (科名)

所在地

名称

担当医

電話

印

氏名	_____様	_____歳 (男・女)	明・大・昭	年	月	日
〒住所			電話	—	—	

## 【診断】

【既往症】結核性疾患 ( あり ・ なし ) / 疥癬 ( あり ・ なし )

## 【治療経過】

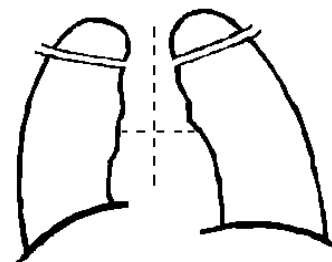
## 【処方】

【胸部X-P所見】※心胸比 \_\_\_\_\_ %

## 【日常生活の状態】

ADL状態 正常 J 1 J 2 A 1 A 2  
B 1 B 2 C 1 C 2

認知症状態 正常 I II a II b III a  
III b IV M



※検査 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
(6ヶ月以内のもの)

## 検査結果添付のお願い

### ・尿（3ヶ月以内の検査値）

糖	蛋白	潜血
---	----	----

### ・血液（3ヶ月以内の検査値）

白血球数	赤血球数	血色素数	ヘマトクリット	血小板
------	------	------	---------	-----

### ・血液生化学（3ヶ月以内の検査値）

ALB	TTT	GOT (AST)	GPT (ALT)	ALP
γ-GTP	T-ch	TG	LDH	BUN
Cr	Na	K	Cl	Ca
CRP	血糖	HbA1c（糖尿病の既往がある場合）		

### ・感染症（6ヶ月以内の検査値）

TPHA	HBs抗原	HCV抗体	HCV抗体	MRSA
------	-------	-------	-------	------

### ・心電図（波形のコピーを添付）（6ヶ月以内のもの）

※上記の項目につきましては、検査をして頂き、検査結果のコピーを添付して下さいようお願い申し上げます。