

老人保健施設シルピス大磯 診療情報提供書

ふりがな 氏名	様	性別	生年月日
住所			
現在の傷病名及び発症年月 ① 年 月 発症 ② 年 月 発症 ③ 年 月 発症		特記すべき既往歴 ① 年 月 発症 ② 年 月 発症 ③ 年 月 発症	
現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入して下さい。)			
現在の治療、投薬内容			
薬剤アレルギー 無・有()			
特記事項(問題行動、リハビリテーションを行う際の注意点等があれば具体的に記入してください。)			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 住 所			
医療機関名 医師名 印			

老人保健施設シルピス大磯 入所診断書

ふりがな 氏名		様	性別	生年月日			
住所							
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg	脈拍数	
検	尿	蛋白()		糖()		不整脈	
感	染	症	無・有(疥癬・結核・MRSA・B型肝炎・C型肝炎)				
生化学検査		検査結果の添付をお願いします。					
血液学的検査		検査結果の添付をお願いします。					
胸 部 X 線	撮影 平成 年 月 日 ※3ヵ月以内に撮影したもの。 心胸郭比 % 異常有無: 有・無 コメント:						
	①	年	月	発症	①		年
②	年	月	発症	②	年	月	発症
③	年	月	発症	③	年	月	発症
現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入して下さい。)							
現在の治療、投薬内容							
薬剤アレルギー 無・有()							
特記事項(問題行動、リハビリテーションを行う際の注意点等があれば具体的に記入してください。)							
上記のとおり診断します。							
住 所				令和	年	月 日	
医療機関名				医師名	印		