

診療情報提供書

記入日 年 月 日

フリカゝナ 利用者氏名	性別 男 ・ 女							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)							
現病歴 現 症	(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている主傷病については○をつけてください) 1・ 年 月 日発症 2・ 年 月 日発症 3・ 年 月 日発症 4・ 年 月 日発症 5・ 年 月 日発症 (2) 主傷病名の経過及び治療・検査内容 (発症当初から現在までの経過や現在の状態、今後経過が必要な検査・処置などについて記入してください。)							
既往歴								
感染症	HBs 抗原 () HCV抗体 () ワ氏 () MRSA () 疥癬 () その他 ()							
現在処方 されている 薬剤								
薬剤アレルギー	無 ・ 有 ()							
短期入所・ デイケアへの 指示事項								
食事に関する 指示事項	必要エネルギー量 () kcal、蛋白質 () g、塩分 () g 禁止食品 なし・あり () 食事形態及びその他 ()							
日常生活動作自立度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
認知症高齢者日常生活自立度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
医療機関の所在地及び名称								
電話番号								
主治医の氏名								
								印