

診療情報提供書（A）

グループホームかもめの家

医療機関名（科名）
所在地
名称
担当医
電話

様

年 月 日

本提供書の有効期限は、上記
発行日より12カ月の間とする。

患者氏名

様（男・女）

明・大・昭

年 月 日生

住 所

電 話

〒

【診 断】

【既往症】

【治療経過】

【処 方】

【日常生活の自立度】

ADL状態

☐正常 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

認知症状態

☐正常 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M

下記の情報は、ご利用者の健康管理に必要な情報となります。そのため、できるだけご記入をお願いします。但し、検査未実施の場合、主治医の先生として必要と判断した場合には、検査を実施し結果をご記入下さい。（主治医の先生が不必要と判断し未記入とする部分には「斜線／」もしくは「不要」とご記入下さい。）

【検査所見】〔施行日 年 月 日〕

※できるだけ直近の検査値をご記入下さい。但し、12か月以内に検査を実施している場合は、その検査所見でも結構です。

尿	糖		血液生化学	総蛋白質		BUN	
	蛋白			アルブミン		Cr	
	潜血			GOT		UA	
血	白血球数			GPT		Na	
	赤血球数			LDH		K	
	血色素数			ALP		Cl	
液	ハマトクリット			γ-GTP		Ca	
	血小板			LDL-cho		血糖	（食前・食後）
				HDL-cho		▲HbA1c	
				TG		▲糖尿病歴ある方のみ	

身長 cm 体重 kg

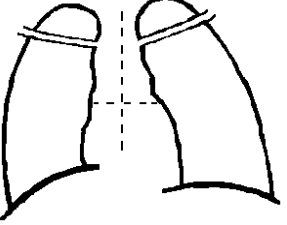
【心電図所見】

血圧 /

検査 年 月 日

【特記事項】

【胸部X-P所見】



検査 年 月 日

※過去に検査歴のある方はご記入ください。

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

※ 現状で疑いのある症状がある場合は、必ず検査を実施してください。

MRSA	有・無	疥 癬	有・無	結核性疾患	有・無
------	-----	-----	-----	-------	-----

（検出部位 ）