

情報提供診断書

平成 年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

T E L _____

担当医師名 _____

印

医療法人みゆき会
飯山介護老人保健施設みゆき
担当医 宛

| | | | |
|---|--|---|-------|
| 利用者氏名 | | 性別 | |
| 住所 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| T E L | | 既往歴 病名 | |
| 病状経過及び治療経過 | | 内服薬 | |
| 胸部 X-P線 (年 月 日 実施) 過去6ヶ月以内 異常あり 異常なし 所見 | | 療養上での注意点及びリハビリ上の注意点 | |
| 心電図 (年 月 日 実施) 過去6ヶ月以内 異常あり 異常なし 所見 | | 普通食 特別食 1 糖尿病食 (kcal) 5 貧血食 2 減塩食 (g) 6 腎臓病食 3 腎臓病食 7 脂質異常症食 4 肝臓病食 8 胃潰瘍食 | |
| 血液検査 (年 月 日 実施) 過去6ヶ月以内 感染症 HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) HBs抗体 (陰性 ・ 陽性) C型肝炎 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) MRSA(痰) (陰性 ・ 陽性) 痰の多い方 | | 特記事項 人工肛門 尿道カテーテル Fr (カフ cc) 経管栄養 _____ Kcal / 日 鼻腔 流動 半固形 胃ろう 尿・便失禁あり その他 | |
| 療養上のご意見、ご要望 | | | |

※上記記入欄に全てご記入をお願いします。(記入もれがあると入所判定会議にかけることができません。)