

診療情報提供書

年 月 日

一般財団法人 とちぎメディカルセンター
 介護老人保健施設 とちぎの郷
 施設長 下枝 宣史 殿

ふりがな		男・女	明・大・昭	年	月	日生	歳
氏名							
住所							

《現病名及び経過》

《既往歴》

認知症 (無 ・ 有)

精神症状 (無 ・ 有)

問題行動 (無 ・ 有)

《処方内容》	《食事形態》
	主食 米飯 ・ パン 嚥下状態 良好 ・ 不良 麺類 副食 普通 ・ 一口大 用具 はし・スプーン 軟菜 ・ ミキサー 水分(トロミ) 無 ・ 有 食事制限 無 ・ 有

身長	cm	体重	kg	アレルギー
----	----	----	----	-------

障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
---------------	----------------

血液検査 検査日: 令和 年 月 日 (できましたら3ヶ月以内の結果をお願いします)

項目	測定値	項目	測定値	項目	測定値
白血球数	/pl	GOT	IU/l	尿素窒素	mg/dl
赤血球数	$\times 10^4/\mu\text{l}$	GPT	IU/l	Cre	mg/dl
血色素量	g/dl	T-Bill	mg/dl	Na	mEq/l
ヘマトクリット	%	γ -GTP	IU/l	K	mEq/l
MCV	fl	T-P	g/dl	Cl	mEq/l
MCH	pg	ALB	g/dl	CRP	mg/dl
MCHC	%	総コレステロール	mg/dl	血清鉄	$\mu\text{g/dl}$
血小板数	$\times 10^4/\mu\text{l}$	中性脂肪	mg/dl	空腹時血糖	mg/dl
		尿酸	mg/dl	HbA1c	%

感染症	HBs抗原()	HCV抗体()	TPHA()
尿検査	尿タンパク()	尿糖()	潜血()

年 月 日

医療機関所在地 _____
 医療機関名 _____
 医師氏名 _____