

診療情報提供書

西暦 年 月 日

社会福祉法人 関東マリア会
 特別養護老人ホーム
 グランヴィラ牛久 担当医 宛

住 所 _____

施設名 _____

医師名 _____ (印)

ふりがな 氏 名			性 別	男性 ・ 女性					
生年月日	大正・昭和	年	月	日	年 齢 歳				
住 所	〒	-	連絡先	TEL					
				FAX					
身 長	cm	体 重	kg	血 圧	/ mmhg				
傷 病 名									
紹介目的	特別養護老人ホーム グランヴィラ牛久への入所希望のため								
既 往 歴									
症状経過 及び 治療経過									
障害高齢者の 日常生活自立度 (寝たきり度)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
現在の処方	※現在内服中の薬に対しては、以後そちらの嘱託医の方で継続処方をお願いします。医師名 ()								
感染症の有無	有り ・ 無し ()								
胸部レントゲン 写真 (読影結果)	異常有り ・ 異常無し ()								
一般 血液データ	(生化学と血算) ※既存のデータで可。								
備 考									