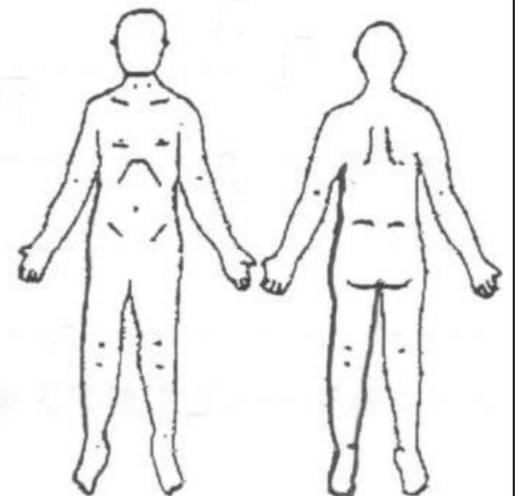


診療情報提供書

					発行日	令和	年	月	日		
氏名	様	性別	男 / 女	生年月日	明 / 大 / 昭 年 月 日 (歳)						
住所	〒				電話						
診断名											
既往症											
現病歴 治療経過											
他科受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの 場合 ▶	受診医療機関:								
			診療科目:		処方: <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし						
処方 (外用薬 含む)	薬 剤 名		服用量 (1回○錠)		服用回数						
					食前			食後			
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
					<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 眠前
薬剤 アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの 場合 ▶									
ワクチン 接種歴	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	接種日:	年	月	日			
	コロナ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	接種日:	年	月	日 (回目)			
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	接種日:	年	月	日			
身体状態	<input type="checkbox"/> 四肢欠損	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	<input type="checkbox"/> 筋力低下								
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 知覚障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(L/R:軽度/中程度/重度)								
	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 失語症	<input type="checkbox"/> カテーテル類留置								
	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 難聴	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動								
心身状態	ADL状態:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2					
			<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2					
	認知状態:	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb						
		<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M						

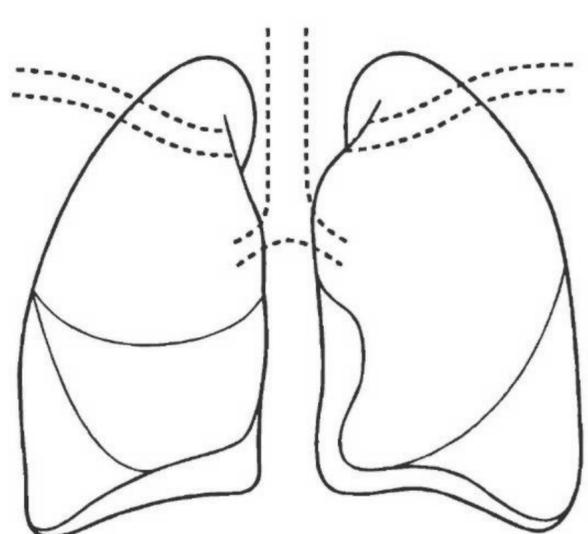


健康状態の特記事項・所見
リハビリ指導上の留意点
入浴時の留意点

【検査所見】				実施日	年	月	日
身長	cm	体重	kg	血压	/ mmhg		
尿定性	糖		血液生化学	ALB	g/dl	Cr	mg/dl
	蛋白			GOT	U/l	Na	mEq/l
	潜血			GPT	U/l	K	mEq/l
便	潜血			AL-P	U/l	Cl	mEq/l
血液	白血球数			γ-GTP	U/l	Ca	mg/dl
	赤血球数	10 ⁴ /μL	T-CHO	mg/dl	CRP	mg/dl	
	血色素数	g/dl	TG	mg/dl	血糖	(食前・食後) mg/dl	
	ヘマトクリット	%	LDH	U/l	↓ 糖尿病歴のある方のみ		
	血小板	10 ⁴ /μL	BUN	mg/dl	HbA1c	%	
感染症	HBs抗原	- / +	その他疾患	皮膚疾患	有・無 (疾患名:)		
	HCV抗体	- / +		疥癬	有・無 ※有の場合 治癒証明書を添付ください		
	TPHA	- / +		結核性疾患	有・無		
	MRSA	- / + (部位:)		他			

心電図	年 月 日	※心電図コピーを添付ください	胸部XP
-----	-------	----------------	------

【食事制限】			
塩分	<input type="checkbox"/> 1日 g	<input type="checkbox"/> 漬物等塩分高いメニューを外す	<input type="checkbox"/> 不要
カロリー	<input type="checkbox"/> 1000~1200kcal	<input type="checkbox"/> 1200~1400kcal	
	<input type="checkbox"/> 1400~1600kcal	<input type="checkbox"/> 1600~1800kcal	<input type="checkbox"/> 不要
たんぱく	<input type="checkbox"/> 1日 g		<input type="checkbox"/> 不要
脂質	<input type="checkbox"/> 1日 g		<input type="checkbox"/> 不要
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし
禁食	<input type="checkbox"/> あり ()		<input type="checkbox"/> なし
◆当施設では以下のような栄養価で食事提供をしています◆			
—【塩分】	8g程度	—【カロリー】	性別/年齢に応じた4段階
—【たんぱく】	65g程度	—【脂質】	40g程度



CTR %

実施日 年 月 日

本提供書の有効期限は、 表面記載の発行日より3か月とする	記入者	機関名
		電話
		担当医