

# 診療情報提供書

(様式2)

社会福祉法人 愛信会 静霞園・ポプラ館・くきの里・いちょうの木  
担当医 宛

ふりがな 氏名	男・女 明・大・昭 年 月 日生 歳		
身長 cm	体重 Kg	血圧	mm/Hg
紹介事由			
傷病名			
既往歴		胸部 所見	
自立度	障害高齢者自立度      自立    J1    J2    A1    A2    B1    B2    C1    C2 認知症高齢者自立度    自立    I    II a    II b    III a    III b    IV    M		
検査項目	尿糖	尿蛋白	
	WBC	血糖 (空腹時・食後)	BUN
	RBC	総蛋白質	クレアチニン
	Hb	アルブミン	Na
	PLT	GOT	K
	CRP	GPT	Cl
	HBs抗原	HCV	MRSA
現在処方	*薬物アレルギー 有 無		
その他	※特別な医療処置(カテーテル、褥瘡等)		

平成 年 月 日

紹介医療機関の

医師氏名

印