

診断書・診療情報提供書 (どちらかを削除して選択)

(老人保健施設紹介用)

令和 年 月 日

介護老人保健施設 []

診療担当医 殿

医療機関

住 所

電 話

(F A X)

医師氏名

㊞

患者	氏 名				男・女
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生 (歳)

主病名(発症年月日)	(年 月 日)	(年 月 日)
	(年 月 日)	(年 月 日)

併 発 疾 患

既 往 症

治 療 経 過

現症と所見 その他	意識障害	有 無	[昏睡、傾眠、混濁、その他]	JCS ()
	認知症	有 無	認知症の型 []	長谷川式 (点) MMSE (点)
	嚥下障害	有 無	有の場合 [胃瘻、経鼻経管、その他()]	
	気管切開	有 無		
	口腔内吸引の必要	有 無	有の場合 [常時、時々]	
	麻痺	有 無	[左・右 上肢 (軽、中、重度)、 左・右 下肢 (軽、中、重度)、 拘縮 (部位)]	
	褥瘡	有 無	部位 ()	
	感染症	有 無	[肺炎、結核、疥癬、HB、HC、梅毒、MRSA、その他()]	
	血糖測定	有 無		
	インスリン注射	有 無		
検査所見	SpO ₂ %, Hb g/dl, RBC ×10 ⁴ /μL, WBC ×10 ⁴ /μL, HbA1c %, CRP mg/dL, BUN mg/dL, Alb g/dL, T.chol mg/dL, AST U/L, ALT U/L, Crn			
胸部X線、CT所見等				

現在の処方

* 診断書または診療情報提供書のどちらかを医師が選択する(不要なものを2重線で削除)。

ただし情報提供書は月一回診療機関に対してのみ算定可能(注意:算定条件あり)。診断書を発行した場合、同一月での情報提供書の算定は不可。

* 検査所見、画像情報はある場合に記入してください(無い場合は記入不要) 検査報告書のｺﾋﾟｰ添付も可