


老人保健施設シルピス大磯 診療情報提供書

ふりがな 氏名		様	性別	生年月日	
住所					
現在の傷病名及び発症年月			特記すべき既往歴		
①	年	月	発症	①	年 月 発症
②	年	月	発症	②	年 月 発症
③	年	月	発症	③	年 月 発症
現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入して下さい。)					
現在の治療、投薬内容					
薬剤アレルギー 無・有()					
特記事項(問題行動、リハビリテーションを行う際の注意点等があれば具体的に記入してください。)					
上記のとおり診断します。					
住 所			令和	年	月 日
医療機関名			医師名		印

老人保健施設シルピス大磯 入所診断書

<small>ふりがな</small>						
氏名	様	性別	生年月日			
住所						
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg	脈拍数 /分
不整脈						
検尿	蛋白()		糖()		潜血()	
感染症	無・有 (疥癬・結核・MRSA・B型肝炎・C型肝炎)					
生化学検査	検査結果の添付をお願いします。					
血液学的検査	検査結果の添付をお願いします。					
胸部 X 線	撮影 平成 年 月 日 ※3ヵ月以内に撮影したもの。 心胸郭比 % 異常有無: 有・無 コメント:					
	現在の傷病名及び発症年月			特記すべき既往歴		
①	年	月	発症	①	年	月
②	年	月	発症	②	年	月
③	年	月	発症	③	年	月
現病歴(臨床経過、合併症について注意点等記入して下さい。)						
現在の治療、投薬内容						
薬剤アレルギー 無・有()						
特記事項(問題行動、リハビリテーションを行う際の注意点等があれば具体的に記入してください。)						
上記のとおり診断します。						
住所			令和	年	月	日
医療機関名			医師名			印