

診療情報提供書

平成 年 月 日

先生 医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介しますので、よろしく御願い致します。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	男・女
患者氏名			年 月 日生(歳)	
住 所		電 話		
紹介目的				
主 訴 及び現病名				
既 往 歴 及び家族歴	嗜 好 薬剤アレルギー (有 無)			
病状経過 治療経過 及び 検査結果				
感染症	HBS (- ・ +) HCV (- ・ +) 梅毒 (- ・ +) MRSA (- ・ +) [部位] X-P 所見 [結核所見] その他 []			
褥瘡及び疥癬 について	褥瘡 無・有 既往歴 無・有 部位 大きさ(×) 深さ 疥癬 無・有 既往歴 無・有 部位	処 置		
医学的管理	点滴 無・有 有の場合：末梢よりの継続点滴 ・ 末梢よりの抜きさし ・ IVH 経管栄養(経鼻・胃ろう) 尿道留置カテーテル 気管切開 その他 []			
現在の処方				
患者に関する 留意事項				
認知症による 行動障害	記憶障害(短期・長期) 失見当識 昼夜逆転 徘徊 独語 大声 被害妄想 攻撃的言動・攻撃的行為 うつ的 不定愁訴 不潔行為 幻覚 幻聴 妄想 介護及び薬拒否 身体抑制(無・有) その他()			