

紹介・診療情報提供書（老健のはなしょうぶ）

記載年月日

所在地
名称
電話
医師氏名

フリガナ

患者氏名

生年月日

性別

年齢 歳

既往歴

診断名

経過

処方

感染症

- ①梅毒反応 (- ・ + ・ 未実施) 検査 年
②B型肝炎・HBs抗原 (- ・ + ・ 未実施) 検査 年
③C型肝炎・HCV抗体 (- ・ + ・ 未実施) 検査 年
④COVID-19ワクチン接種状況 ()
⑤皮膚疾患 ()
⑥その他 ()

身体の状態

身長＝ cm 体重＝ kg

四肢欠損 なし・あり ()

麻痺 なし・あり ()

拘縮 なし・あり ()

その他 なし・あり ()

褥瘡 なし・あり

部位 ()

大きさ (cm × cm)

チューブなど なし・あり

膀胱留置カテーテル

経管栄養（胃瘻・経鼻）

その他 ()

アレルギー なし・あり

()

食事制限 なし・あり

療養食など ()

入浴の可否 可・否

理由 ()

その他直近の検査結果があれば添付お願い致します

介護老人保健施設 のはなしょうぶ