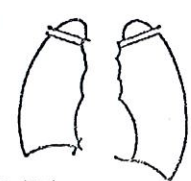


共通診療情報提供書（伊勢地区）

宛				医療機関名		
				主治医名		
氏名	様	性別		生年月日	年 月 日（ 歳）	
住所				TEL		
現在の病名（介護サービス提供上重要なものから順に記入してください。）						
①				発症日	年 月 日（ ）	
②				発症日	年 月 日（ ）	
③				発症日	年 月 日（ ）	
④				発症日	年 月 日（ ）	
⑤				発症日	年 月 日（ ）	
主な 既往歴				使用中薬剤		
症状 及び 経過				胸部X線検査（ ） 年 月 日実施  （ ）		
				コメント （ ）		
心電図	（ 年 月 日実施）			皮膚疾患	褥瘡	
（ ）	（ ）（ ）			（ ）	（ ）	
血液 検査	採血検査日時（ 年 月 日実施）				（採血データ添付可）	
	RBC	×10 ⁴ /μL	T-bil	mg/dL	TP	g/dL
	Hb	g/dL	Glu	mg/dL	Alb	g/dL
	Hct	%	HbA _{1c}	%	A/G	
	WBC	/μL	UA	mg/dL	AST(GOT)	IU/L
	PLT	×10 ⁴ /μL	BUN	mg/dL	ALT(GPT)	IU/L
	LDL-choL	mg/dL	CRE	mg/dL	γ-GTP	IU/L
	HDL-choL	mg/dL	Na	mEq/L	ALP	IU/L
	TG	mg/dL	K	mEq/L	※CRP	mg/dL
	LDH	IU/L	Cl	mEq/L	※血液型（ ） RH（ ）	
※ 感染症	HBs抗原		ワッセルマン		血圧 /	身長 cm
	HCV抗体		MRSA		mHg	体重 kg
※ 尿検査	蛋白（ ）		糖（ ）		潜血（ ）	
				ウロビリノーゲン（ ）		ケトン（ ）
障害高齢者の日常生活自立度 （ ）		認知症高齢者の日常生活自立度 （ ）		BPSD（ ） 症状（ ）		介護度 （ ）
実施中の措置 （ ）				・その他（ ）		
特記事項						