

情報提供診断書

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

印

医療法人みゆき会  
飯山介護老人保健施設みゆき  
担当医 宛

利用者氏名		性別	
住所		生年月日	年 月 日
T E L		既往歴 病名	
病状経過及び治療経過		内服薬	
胸部 X-P線 ( 年 月 日 実施 ) 過去6ヶ月以内 異常あり 異常なし 所見		療養上での注意点及びリハビリ上の注意点	
心電図 ( 年 月 日 実施 ) 過去6ヶ月以内 異常あり 異常なし 所見		普通食 特別食 1 糖尿病食 ( kcal) 5 貧血食 2 減塩食 ( g) 6 腎臓病食 3 腎臓病食 7 脂質異常症食 4 肝臓病食 8 胃潰瘍食	
血液検査 ( 年 月 日 実施 ) 過去6ヶ月以内 感染症 HBs抗原 ( 陰性 ・ 陽性 ) HBs抗体 ( 陰性 ・ 陽性 ) C型肝炎 ( 陰性 ・ 陽性 ) TPHA ( 陰性 ・ 陽性 ) MRSA ( 陰性 ・ 陽性 ) MRSA(痰) ( 陰性 ・ 陽性 ) 痰の多い方		特記事項 人工肛門 尿道カテーテル Fr ( カフ cc ) 経管栄養 _____ Kcal / 日 鼻腔 流動 半固形 胃ろう 尿・便失禁あり その他	
療養上のご意見、ご要望			

※上記記入欄に全てご記入をお願いします。(記入もれがあると入所判定会議にかけることができません。)