

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 <input type="checkbox"/> 前回入所時から入院や治療等がなく上記感染症項目について必要ないと判断したので省略とする。 該当の場合、 <input type="checkbox"/> にレ点をご記入ください。		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	

※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。)