

情報提供書

氏名		男・女	T・S	年	月	日	(歳)
身長・体重	cm	kg	アレルギー				
現病名			既往歴				
現病歴							
現症							
投薬内容	(他科内服分もご記入ください)						
胸部X線	撮影日 (年 月 日)		心電図				
感染症	HBs抗原 () HCV抗体 () MRSA () 梅毒定性: RPR () TPHA () 疥癬(皮膚異常ある場合:) 結核(胸部XPで異常がある場合:) <u>※検査データのコピーを添付してください</u>						
認知症について	(程度、問題行動 等) ・HDS-R 点 (年 月 日) ・MMSE 点 (年 月 日)						
その他	(動作レベル 等)						
<u>(3ヶ月以内の) 生化学・血糖・血液一般や尿の検査情報があればコピーを添付してください</u>							
令和 年 月 日				所在地			
				医療機関			
				医師氏名	印		

この意見書は当施設へ入所するための判定資料にさせていただきます。誠に恐縮ですが、ご高配のほど宜しくお願ひ致します。

〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2744-30
 医療法人社団 正仁会 介護老人保健施設 希望
 TEL 078-944-1511 FAX 078-944-1530