診療情報提供書

連携医療機関名　　甲州リハビリテーション病院

担当医　先生

令和　　年　　月　　日

患者氏名	（　男　・　女　）	生年月日	大・昭　　年　　月　　日（　　歳）
患者住所			
電話番号			

＊　サンライフ寿への入居可否判定に使用させていただきます。症状・治療経過などについて詳細にご記入ください。主治医を変更する場合、改めて紹介状をお願いする場合もあります。-

傷病名	
既往歴・家族歴	
症　状・治療経過	
現在の処方	
備　考	

健康診査証明書

介護付有料老人ホーム　　サンライフ寿

血　　圧		胸部Ｘ－Ｐ	
尿　検　査	尿蛋白（　　） 尿　糖（　　） 尿潜血（　　）		
血液検査	白血球（　　）　ＧＯＴ（　　）　血糖　（　　） 赤血球（　　）　ＧＰＴ（　　）　ＣＲＰ（　　） 血色素（　　）　ＢＵＮ（　　）　ＴＰ　（　　） 血小板（　　）　クレアチニン（　　）		

伝染性疾患 皮膚・精神科疾患 その他	結核	異常なし・所見あり（　　）
	Ｂ型肝炎	抗原（　－　・　＋　）
	Ｃ型肝炎	抗体（　－　・　＋　）
	皮膚疾患	異常なし・所見あり（　　）
	精神疾患	あり（　　）・なし
	その他	

現在の状況（次の 10 項目について該当するところを ○ で囲んでください）

起　　立	出来ない・介助・自立	食　事	出来ない・介助・自立
歩　　行	出来ない・介助・自立	嚥下障害	あり・なし
移動手段	杖・歩行器・車椅子・その他	排　泄	トイレ・オムツ・留置カテーテル
会　　話	障害あり・普通に会話できる	認　知	障害あり・なし
入　　浴	出来ない・介助・自立	褥　創	あり（　　）・なし

上記のとおりに相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名称

住　　所

電話番号

医　師　名　　印

有効期限：作成日より３ヵ月以内

2017. 11. 1 版