

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

社会福祉法人風の馬 特別養護老人ホームアリオン 行

紹介元医療機関の所在地及び名称

令和 年 月 日

医師氏名

印

氏名:

住所:

性別 男・女

電話番号:

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 身長: cm 体重: kg

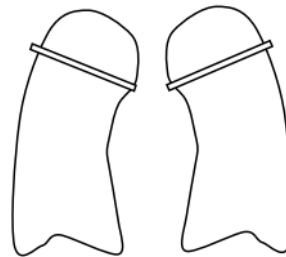
1. 傷病名

2. 既往歴及び家族歴

3. 病状経過・検査結果・治療経過

胸部X線

異常 無・有 ()



令和 年 月 日

4. 現在の処方

5. 感染症

HBs抗原 (+・-) TPHA定性 (+・-) HCV抗体 (+・-)

MRSA 既往 無・有 (年 月頃発症 ・ 不明) (部位: 喀痰 尿 褥瘡)

結核 既往 無・有 (年 月頃発症 ・ 不明)

疥癬 既往 無・有 (年 月頃発症 ・ 不明)

その他 無・有 ()

インフルエンザ予防接種 無・有 (接種日 年 月) 肺炎球菌ワクチン接種 無・有 (接種日 年 月)

6. 備考