

## 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 地域密着型介護老人福祉施設  
エクウスプリオル 行

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師名

印

氏名:	性別	男・女
住所:		
電話番号:		
生年月日:	明・大・昭	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	<p style="text-align: center;">胸部X線</p> <p>異常 無・有 ( )</p>           <p>撮影日 年 月 日</p>
4. 現在の処方薬	
<p>5. 感染症</p> <p>HBs抗原 ( + ・ - )      TPHA定性 ( + ・ - )      HCV抗体 ( + ・ - )</p> <p>MRSA    既往    無・有 (      年    月頃発症 ・ 不明 ) (部位: 喀痰    尿    褥瘡)</p> <p>結核    既往    無・有 (      年    月頃発症 ・ 不明 )</p> <p>疥癬    既往    無・有 (      年    月頃発症 ・ 不明 )</p> <p>その他                      無・有 (                      )</p> <p>インフルエンザ予防接種    無・有 (接種日      年    月 )</p> <p>肺炎球菌ワクチン            無・有 (接種日      年    月 )</p>	
6. 備考	