

「記載内容についてのお願い」

地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオルのご利用(特養入居、ショートステイ)にしまして、主治医の先生に診療情報提供書の作成をお願いしております。

誠に恐れ入りますが、下記の要綱で診療情報提供書の作成、お願い申し上げます。

記

- 1) 認知症の有無、認知症のある場合は病名と程度をお示してください。
- 2) HBs・TPHA・HCV等の検査データはおおむね1年以内のものをご記入ください。
MRSA・結核・疥癬の既往歴がありましたらご記入ください。
- 3) 胸部X線:原則として直近三か月以内に直接撮影した結果をご記入ください。
尚、やむを得ず撮影が難しい場合は聴診による特記事項をご記入ください。
- 4) 服用されている薬の内容をご記入ください。直近の処方箋等のコピーを添付頂ければ、代用させて頂きます。
- 5) 誠に申し訳ございませんが、既に施行された検査データがある場合、コピーを添付頂ければ幸いです。
- 6) インフルエンザ予防接種、肺炎球菌ワクチンの接種の有無及び接種時期をご記入ください。

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願い申し上げます。

(連絡先)

〒594-0002

和泉市上町89番地

地域密着型介護老人福祉施設

エクウスプリオル

電話:0725-58-7172

FAX :0725-58-7173

- * 書式にしまして、先生が普段使用されている診療情報提供書でも、添付の書式でもご都合の良い方をご使用頂ければ幸いです。
- * 宛先は「地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオル」でお願い申し上げます。