

診療情報提供書

作成 年 月 日

フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	TEL			
医療機関 所在地 TEL			主治医氏名	
既往歴				
現病歴	1	発病	年 月	不詳
	2	発病	年 月	不詳
	3	発病	年 月	不詳
	4	発病	年 月	不詳
	5	発病	年 月	不詳
	6	発病	年 月	不詳
治療経過				
内服薬	内服薬など			
認知症	有・無 (アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・若年性) その他種別 ()			
要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
アレルギー	有・無 症状()			
感染症	・TPHA (有・無) ・HBs抗原 (有・無) ・HCV抗体 (有・無) ・結核 (有・無) 所見() ・その他感染性疾患(有・無) ()			
その他特記事項	・バルン 交換 (有・無) ・胃ろう 交換 (有・無) ・その他 () () ()			身長 体重 cm kg