

診療情報提供書

紹介先
介護老人保健施設
プロスペクトガーデンひたちなか

記入日 年 月 日

医療機関名称

所在地

電話番号

医師氏名

印

ふりがな 患者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 (才)
住所	電話番号		
既往歴			
診断名 症状および治療経過			
現在の処方			
注意事項	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧160以上又は100以下 / 拡張期110以上又は60以下はリハビリ・入浴禁止 上記以外の注意事項(具体的に記載)		
食事制限等の有無 (療養食の指示)	食事制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 水分制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 糖尿病食() <input type="checkbox"/> 肝臓病食() <input type="checkbox"/> 貧血食() <input type="checkbox"/> カロリー制限食(Kcal)	<input type="checkbox"/> 腎臓病食() <input type="checkbox"/> 脂質異常症食() <input type="checkbox"/> ワーファリン食 <input type="checkbox"/> 塩分制限(g)
特記事項 及び注意事項 (感染症も含む)	* 血液検査データがございましたら添付して下さい。		