

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

社会福祉法人五常会診療所

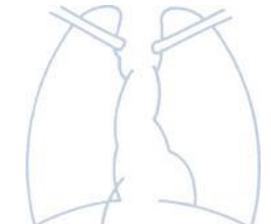
赤 埴 吉 高 先生宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

印

氏名	
住所	
電話番号	
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 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 ()  平成 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	

診療情報提供書記載内容についてのお願い

社会福祉法人五常会 特別養護老人ホームゆーとりあ のご利用(特養入居・ショートステイ)に際しまして、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、下記の要領で診療情報提供書の作成をお願い申し上げます。

記

- 1) 認知症の有無について
認知症が有る場合は病名と程度をお示し下さい。
- 2) 胸部 X 線について
原則として直近3ヶ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。
- 3) 服用されている薬の内容をご記入下さい。直近の処方箋等のコピーを添付頂ければ幸いです。
- 4) 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下さい。
MRSA・結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入下さい。
- 5) 誠に申し訳ありませんが、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下さい。

- * 書式に関しましては、先生が普段使用されている診療情報提供書の書式でも、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「社会福祉法人五常会診療所」でお願い申し上げます。

尚、ご不明点などがございましたら、ご連絡くださいますようお願い申し上げます

以上

【お問い合わせ先】

〒599-8243 堺市中区見野山164番地
社会福祉法人五常会
特別養護老人ホームゆーとりあ 社会福祉法人五常会診療所
TEL 072-236-8779 FAX 072-234-8674
E-mail gojoukai@yutoria.or.jp