

診療情報提供書

グループホーム 渡田・啓和・京町・小田・東小田・四谷上町・小倉

2025.1.29

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和
氏名	男・女		年 月 日
傷病名 既往歴 及び 現病歴	障害高齢者の日常生活自立度(ねたきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
処方薬			
他科受診の 状況	科	疾患名	
感染症 検査	結核 (+ ・ -) HBs抗原 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -)		
血 圧	/ mmHg	平均血圧	/ mmHg
入浴許可	可 : 不可 (理由)		

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印