

医療情報提供書

記入日 年 月 日

医療機関名 担当医師 ⑩

住 所

電話番号 — —

氏 名			性 別	男 ・ 女		
			生年月日	M ・ T ・ S ・ 西暦 年 月 日		
住 所						
既往歴	①	発症年月日	年 月 日			
	②	発症年月日	年 月 日			
	③	発症年月日	年 月 日			
	④	発症年月日	年 月 日			
現在の症状 ・ 治療 (処方・処置等)	※検査データは、原本の写しを添付してください。					
認知症の状態	有 (軽度 ・ 中程度 ・ 高度) 無		周辺症状	有 () 無		
バイタルサイン	平常時血圧	上の血圧 mmHg / 下の血圧 mmHg				
	平常時体温					
	平常時脈拍					
入浴	可 ・ 否	血圧	ならOK			
		体温	ならOK			
		脈拍	ならOK			
アレルギー	有 () 無					
薬剤禁忌	有 () 無					
疥 癬	有 () 無					
感染症	HBS抗原 (+ ・ -)		その他の 感染症 疾患	有 ・ 無		
	HCV (+ ・ -)			※疾患名		
	梅毒 (+ ・ -)					
その他の所見						