

診療情報提供書

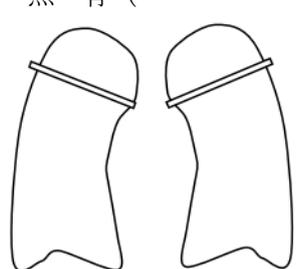
○紹介先医療機関等名

社会福祉法人 康竹の会  
特別養護老人ホームバンデ（絆） 嘱託医師 宛

○紹介元医療機関の所在地及び名称

令和 年 月 日

住所	医療機関名	医師氏名	印
氏 名:			
住 所:			
電話番号:		性別 男・女 血液型 型 RH ( )	
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		身長: cm	体重: kg

1. 傷病名及び治療の状況	
2. 既往歴	<p>胸部X線 異常 無・有 ( )</p> 
3. 現在の処方	<p>※撮影不可の際は聴診による特記</p> <p>撮影年月日 令和 年 月 日</p>
<p>4. 感染症</p> <p>HBs抗原 ( +・- ) HCV抗体 ( +・- ) TPHA定性 ( +・- )</p> <p>結核 既往 無・有 ( 年 月頃発症 ・ 不明 )</p> <p>疥癬 既往 無・有 ( 年 月頃発症 ・ 不明 )</p> <p>その他 無・有 ( )</p> <p>インフルエンザ予防接種 無・有 (接種日 年 月)</p> <p>肺炎球菌ワクチン接種 無・有 (接種日 年 月)</p>	
<p>5. 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M</p>	
6. 備考	

## 診療情報提供書記載内容についてのお願い

特別養護老人ホーム 絆（バンデ）のご利用（ご入居、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、お願い申し上げます。

### 記

- 1) 認知症の有無、認知症がある場合は病名と程度をお示し下さい。
- 2) 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。  
結核・疥癬の既往歴が分かりましたらご記入下さい。
- 3) 胸部X線：原則として直近三カ月以内に直接撮影した結果をご記入下さい。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下さい。
- 4) 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、代用させて頂きます。
- 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。

尚、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡をお願い申し上げます。

〒634-0002 奈良県橿原市東竹田町 104-1  
社会福祉法人 康竹の会  
特別養護老人ホーム バンデ（絆）  
生活相談員 矢敷 智宏

TEL : 0744-23-3223

FAX : 0744-23-3225

E-mail : yashiki@bande.or.jp

※ 書式に関しまして、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。