

# 診療情報提供書

聖ヨゼフ病院病院長殿

申込受付日 年 月 日

ID :

フリガナ		明治 大正 昭和 平成	年 月 日 生	男・女
氏 名			( 歳)	

主治医の記入欄(I) ※貴院の診療情報提供書の添付可

病名・発症時期	
合併症：	
既往症：	
リウマチの経過など：	処方薬：
入院目的：	

※下記の欄は記入しないで下さい。

入院日時	年 月 日 ( ) 時	病室：	号室	主治医：
その他連絡事項		連絡	紹介病院	家族

# 主治医の記入欄(Ⅱ)

障害の程度	麻痺	無・有	左・右	上肢	軽度	中度	重度
				下肢	軽度	中度	重度
	関節可動域制限	無・有	部位	軽度	中度	重度	
	変形	無・有	部位	軽度	中度	重度	
	RA stage	I・II・III・IV	RA class	1・2・3・4	最有痛関節		
	意識障害	無・有	気管カニューレ		無・有		
	嚥下障害	無・有	経管栄養		無・有		
	尿管失禁	無・有	膀胱留置カテーテル		無・有		
	言語障害	無・有 (失語症・構音障害・ )					
	認知症・精神状態異常	無・有					
褥瘡	無・有 (部位: 大きさ: )						
感染症	無・有 (MRSA・HB・HCV )						
ADLの状況			自立	一部介助	半介助	全介助	備考
	食事						
	食事(経管栄養)内容						
	更衣						
	移動	歩行					
		車椅子					
	排泄						
	入浴						
	コミュニケーション						
身長		cm	体重		kg		
その他	(今回の入院に関する希望や目的がありましたら、ご記入ください)						
紹介医	(〒 - ) 住所 医療機関名 TEL - - 診療科 病棟名 ( ) 医師名 記入日: 年 月 日						

※下記の欄は記入しないで下さい。

入院判定	月 日 判定医	可・不可	適応	一般・地括・療養	病棟:	入院係:
備考						