

「診療情報提供書」作成・情報提供に関するお願い

はじめに

弊社では、弊社運営の老人ホームにご入居を検討していただきましたお客様に「診療情報提供書」のご提出と、入居予定のお客様の情報提供をお願いしております。下記をご一読の上、作成にご協力をお願い申し上げます。

1 「診療情報提供書」について

- 担当医様に作成をお願いしております。
- 内容が網羅されていれば病院所定の書式をお使いください。
- 既往歴、現病歴、治療経過について情報提供をお願い致します。
- 今後も定期的な通院が必要で医療機関が移る場合には、別途「紹介状」を作成願います。
- 「感染症検査」について、**3か月以内の結果がない場合は検査の実施をお願い致します。**
- 結核性疾患(胸部レントゲン所見)、肝炎(HBs抗原、HCV抗体)、
皮膚疾患(疥癬やスキントラブル)についての情報提供をお願い致します。
 - ※検査結果用紙の複写で提出可
 - ※医療処置が必要な方については「指示書」の作成をお願い致します
 - (例) 胃瘻：栄養材銘柄、経管回数/1回の量/滴下時間/割合など、注意事項含む
 - (例) 骨粗鬆症、糖尿病などの治療で血糖測定/皮下注射がある方

2 リハビリ・介護・看護サマリー提供のお願い（入院中または施設に入所中のお客様のみ）

- 日常の生活状況について情報提供をお願いいたします。
- ADL表については、面談前などに情報共有をお願いしております。

3 内服薬の処方について

- 約1ヵ月分（最低2週間分）のお薬を「一包化」でご準備ください。
(内服薬のご準備が上記期間分に満たない場合は事前にお知らせ願います)

4 医療行為が必要な方の場合

- 点滴、経管栄養などの医療行為が必要な方の場合、輸液、栄養剤を処方可能な限りご準備ください。

5 インフルエンザ予防接種の有無について

- 10月～3月の流行時期にご入居される場合、インフルエンザ予防接種の有無を確認願います
- 未接種の場合には予防注射を受けてからのご入居とさせていただきます。

診療情報提供書

20 年 月 日

担当医 宛

(ご紹介元医療機関の所在地及び名称)

(電話番号)

(ご担当医氏名)

印

フリガナ 患者氏名		性別	男	・	女					
患者住所										
電話番号	()									
生年月日	M	・	T	・	S	年	月	日	年齢	歳

傷病名
既往歴 ・ 家族歴ほか
症状 ・ 検査 ・ 治療経過ほか
現処方
備考 ・ 特記事項

集団生活において注意を要する感染症の有無
・ 結核 (胸部レントゲン所見) . . . (+ ・ -) 【検査日： 月 日】
・ HBs抗原 . . . (+ ・ -)
・ HCV抗体 . . . (+ ・ -)
・ その他 ()
※上記検査項目に関して、貴院所定の書式があれば代用可能。