

(様式3) 患者情報(訪問医師記載用)

記入例

作成日: ○○年○○月○○日(○)

患者氏名 ○○ ○○

訪問医師

氏名	○○ ○○	医療機関名	○○医院
----	-------	-------	------

診断名 (傷病名)	椎骨脳底動脈循環不全、廃用性全身筋力低下、高血圧、骨粗しょう症
--------------	---------------------------------

現病歴・ 健康状態	平成○年発症の椎骨脳底動脈循環不全で○○病院通院。筋力低下、歩行困難で平成○年、脳外科○○医師より訪問診療依頼。訪問開始時はほぼベッド上であったが、訪問リハ、デイケア開始にて立位維持可能まで改善。誤飲はなく介助にて通常食摂取。採血でも栄養評価問題なし。
--------------	--

検査データ	RBC413、Hb13.1、Ht43.5、WBC5400、Plt31.7 TP6.6、ALB3.7、T-Chole151、TG66、BS83、 Cre0.64、Bun13.8、UA3.9、Na142、K4.0、Cl106、 AST18、ALT 8、 γ -GTP 9、T-Bil 0.5
-------	---

服薬内容、 注射・点滴 内容	※現在の服薬内容等 バルサルタン口腔内崩壊錠 20mg 1T エディーロールカプセル 0.75 μ g 1C 一日一回 朝食後 イフェンプロジル酒石酸塩錠 20mg 3T 一日三回 朝・昼・夕食後
----------------------	---

療養上の 伝達事項	主介護者の妻、変形性膝関節症で杖使用中。介護支援必要な状態。
--------------	--------------------------------

(様式3) 患者情報(訪問医師記載用)

作成日： 年 月 日()

患者氏名

訪問医師

氏名		医療機関名	
----	--	-------	--

診断名 (傷病名)	
--------------	--

現病歴・ 健康状態	
--------------	--

検査データ	
-------	--

服薬内容、 注射・点滴 内容	※現在の服薬内容等
----------------------	-----------

療養上の 伝達事項	
--------------	--