

施設情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設
みどりの館 施設長 殿

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印

利用者	氏名	フリガナ		男 ・ 女	身長	cm					
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生		歳	体重	kg					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中							
			自立度 (障害)	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
			自立度 (認知)	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
入所を要する疾患名	1	発症年月日		2	発症年月日						
	3	発症年月日		4	発症年月日						
現病歴及び現症				既往疾患							
臨床検査所見	I. 血液検査 (実施日: 年 月 日)										
	WBC	/μℓ	ALP	IU/ℓ	Na	mEq/ℓ	FBS	mg/dℓ			
	RBC	万/μℓ	γ-GTP	IU/ℓ	K	mEq/ℓ	HbA1c	%			
	Hb	g/dℓ	TP	g/dℓ	Cl	mEq/ℓ	PT-INR				
	Ht	%	ALB	g/dℓ	HDL-C	mg/dℓ	血圧	/ mmHg			
	PLT	万/μℓ	BUN	mg/dℓ	LDL-C	mg/dℓ					
	AST	IU/ℓ	CRE	mg/dℓ	TG	mg/dℓ	脈拍	/min			
	ALT	IU/ℓ	UA	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ					
	II. 尿定性 (実施日: 年 月 日)						III. 感染症検査 (実施日: 年 月 日)				
	蛋白: +・±・-		糖: +・±・-		潜血: +・±・-		HBs抗原: +・-		HCV抗体: +・-		TPHA: +・-
						MRSA: +・-		疥癬: +・-			
						咽頭・喀痰・その他()					
胸部X線所見	撮影年月日: 年 月 日			心電図所見	実施年月日: 年 月 日			不整脈: 無・有		その他の異常: 無・有	
	CTR %										
現在の処方	1	2	3	薬剤・食物アレルギー 無・有							
	4	5	6	薬剤名: 食品名:							
	7	8	9	留意すべき医学的情報							
【リハビリの注意点】						【入浴の注意点】					
リハビリの必要性: 有・無						次の場合は、中止する					
次の場合は、中止する ()						(体温 ℃ 血圧 / 脈拍)					