

施設情報提供書

令和 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
	RBC	万/μℓ	γ-GTP	IU/ℓ	K	mEq/ℓ
	Hb	g/dℓ	TP	g/dℓ	Cl	mEq/ℓ
	Ht	%	ALB	g/dℓ	HDL-C	mg/dℓ
	PLT	万/μℓ	BUN	mg/dℓ	LDL-C	mg/dℓ
	AST	IU/ℓ	CRE	mg/dℓ	TG	mg/dℓ
	ALT	IU/ℓ	UA	mg/dℓ	CRP	mg/dℓ
					FBS	mg/dℓ
					HbA1c	%
				PT-INR		
				血圧	/ mmHg	
				脈拍	/min	
II. 尿定性 (実施日: 年 月 日)						
蛋白: +・±・-		糖: +・±・-		潜血: +・±・-		
III. 感染症検査 (実施日: 年 月 日)						
HBs抗原: +・-		HCV抗体: +・-		TPHA: +・-		
MRSA: +・-		咽頭・喀痰・その他()				
疥癬: +・-						
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		
	CTR %			不整脈: 無 ・ 有 その他の異常: 無 ・ 有		
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)			