情報提供書

介護老人保健施設　ゆめさき　施設長　殿

氏　名	（男・女）	生年月日	M・T・S　年　月　日
現住所	〒 TEL　－　－		
主病名	①　（発症　年　月） ②　（発症　年　月） ③　（発症　年　月） ④　（発症　年　月）		
既往歴	①　（発症　年　月） ②　（発症　年　月） ③　（発症　年　月） ④　（発症　年　月）		
現処方			
現状況	１．四肢運動障害　上肢（右・左）（不全麻痺・硬直） 　下肢（右・左）（不全麻痺・硬直） ２．言語障害　無・有 ３．嚥下障害　無・有 ４．褥創　無・有（部位　） ５．皮膚疾患　無・有（部位　） ６．認知症　無・有 ※記憶障害・失見当・徘徊・思考障害・幻覚・せん妄・抑うつ状態 ７．薬剤過敏症　無・有　抗生物質　サルファ剤 　ピリン系　その他（　） ８．アレルギー　無・有（　） ９．身長・体重　（　）cm　・　（　）kg １０．その他　酸素療法　無・有　気管切開　無・有 　経管栄養　無・有　吸引　無・有 　留置カテーテル　無・有　人工肛門　無・有		

胸部X－P	所見（　　　　　年　　　月　　　日撮影） **＊直近３ヵ月以内撮影のもの**
心電図	所見（　　　　　年　　　月　　　日撮影） **＊直近３ヵ月以内撮影のもの**
検査	Hbｓ抗原（　＋　　－　）　Hbs抗体（　＋　　－　）　HCV（　＋　　－　） TPHA（＋　－）　CRP（＋　－）　CRP定量（　　　　） Ｔ-Ｐ（　　　）　ＡＬＢ（　　　）　ｃｈＥ（　　　）　Ｔ-Ｂｉｌ（　　　） ＧＯＴ（　　　）　ＧＰＴ（　　　）　γ-ＧＴＰ（　　　）　ＢＵＮ（　　　） ＣＲＥ（　　　）　Ｎａ（　　　）　Ｋ（　　　）　Ｃｌ（　　　）　ＬＤＬ（　　　） ＨＤＬ（　　　）　Ｔ-Ｇ（　　　）　ＵＡ（　　　）ＬＤＨ（　　　） 糖尿病がある場合は、ＨｂＡ1ｃ（　　　） ワーファリン服用の方には、ＰＴ-ＩＮＲ（　　　） **＊直近３ヵ月以内のもの** **＊検査結果のコピーを同封して下さい。**
患者に対する注意事項	

平成　　　　年　　　　月　　　　日

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

TEL（　　　　　　　）　　　　－