

療養情報提供書

利用者氏名(フリガナ)	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名(発症時期)			
現病歴(発症時期) 及び症状・症状経過			
既往歴			
処方薬			
要介護度	申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 問題行動 無・有()	

検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡(部位) 疥癬 無・有(部位)
採血 / 検尿日	令和 年 月 日	心電図	令和 年 月 日		
尿検査 (蛋白:) (糖:) (潜血:)		所見			
血算	WBC		CRP		X線撮影 令和 年 月 日 所見
	RBC		BS		
	Hb		HbA1c		
	PLT				
生化学	TP		Na		
	Alb		K		
	GOT		Cl		
	GPT		T-cho		
	γ-GPT		TG		
	BUN		UA		
感染症	HBsAg	(+・-)未検	MRSA	(+・-)未検	*X線検査は3ヶ月以内のものをお願いします。 処置 膀胱留置カテーテル経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・(その他)
	HCVAbs	(+・-)未検		部位()	
	梅毒	(+・-)未検			

* 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

介護老人保健施設 宛 令和 年 月 日

医療機関等名

所在地

Tel

医師 科 印