

施設療養情報提供書

年 月 日

医療機関の所在地・電話及び名称

介護老人保健施設

施設長殿

医師氏名 印

患者	フリガナ	男・女
	氏名 殿	
	生年月日	年 月 日 生まれ (歳)
紹介目的	利用区分	1、入所 : 至急・通常 2、短期入所 : (日間) 3、通所 : 週 回、 曜
診断名	1, _____ 4, _____ 2, _____ 5, _____ 3, _____ 6, _____ 現在の要介護度: 要支援・1・2・3・4・5・申請中	
現病歴及び現症	1, 慢性的喀嗽 あり・なし 2, 慢性的便秘 あり・なし 3, インスリン注射 あり・なし 4, 尿失禁 あり・なし 5, 便失禁 あり・なし 6, 酸素吸入 あり・なし	
既往疾患	1 薬剤・食物アレルギー (薬剤・食品名) : あり・なし 2 胃ろう (経管栄養) : あり・なし 3 ストーマ : あり・なし 4 てんかん・失神発作 : あり・なし 5 喘息・呼吸困難 : あり・なし	
他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科など)の受診状況 [過去・現在]:		

身体及び精神面に関する事項	<聴力> 難聴 あり・なし	<認知症の程度> あり(軽度・中度・重度)・なし
	<言語障害> あり・なし	暴力行為、暴言 : あり・なし
	<意思の疎通> 良好・やや困難・極めて困難	放尿(便器外) : あり・なし
	<視力低下> あり・なし・失明	弄便(便こね) : あり・なし
	<嚥下障害> あり・なし	徘徊: あり・なし 異食: あり・なし
	<身長> cm <褥創> あり・なし	大声: あり・なし (全日・昼間・夜間)
	<体重> kg <血圧> / mmHg	SPO2 % その他:
	① 血液検査 (年 月 日 実施)	
	白血球数 : / μ l	LDLコレステロール mg/dl
	赤血球数 : 万/ μ l	BUN : mg/dl
Hb : g/dl	クレアチニン : mg/dl	
血小板 : 万/ μ l	尿酸 : mg/dl	
総蛋白 : g/dl	Na : mEq/l	
アルブミン : g/dl	K : mEq/l	
GOT : IU/l	Cl : mEq/l	
GPT : IU/l	CRP : mg/dl	
γ -GTP : IU/l	血糖(空腹時) : mg/dl	
総コレステロール mg/dl	HbA _{1c} (DMの方) %	
中性脂肪 : mg/dl	PT-INR (ワファリウム服用中の方)	
HDLコレステロール mg/dl		
② 尿定性 (年 月 日 実施)		
蛋白 : +・±・-	糖 : +・±・- 潜血 : +・±・-	
③ 感染症検査 (年 月 日 実施)		
MRSA (咽頭・鼻腔・痰) : +・-	疥癬等 : +・-	
HBs抗原 : +・-	HCV抗体 : +・- TPHA定性 : +・-	
④ 心電図所見 異常 : あり・なし 不整脈 : あり・なし		
胸部X線所見	撮影年月日 (年 月 日) 特に結核性病変の有無をご記入下さい。 ※3ヶ月以内のもの	
現在の処方	1 (特殊薬) 4 7	
	2 5 8	
	3 6 9	