

施設療養情報提供書

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	氏名	フリガナ			男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	
紹介内容			利用区分	1、入所 : 至急 ・ 普通 2、短期入所 : (日間) 3、通所 : 週 回、 曜日	
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 4、尿失禁 あり ・ なし 2、慢性的便秘 あり ・ なし 5、便失禁 あり ・ なし 3、インスリン注射 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(薬剤名・食品名) _____ : あり ・ なし _____ 2、胃瘻 : あり ・ なし _____ (経管栄養) : あり ・ なし _____ 3、ストーマ : あり ・ なし _____ 4、癲癇・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 〈褥瘡〉 あり ・ なし		大声: あり ・ なし (全日・昼間・夜間)					
	〈体重〉 kg 〈血圧〉 / mmHg		SpO ₂ %					
	その他:							
臨床 検 査 所 見	①血液検査(平成 年 月 日 実施)							
	白血球数	:	/μl	LDL-コレステロール	:	mg/dl		
	赤血球数	:	万/μl	BUN	:	mg/dl		
	Hb	:	g/dl	クレアチニン	:	mg/dl		
	血小板	:	万/μl	尿酸	:	mg/dl		
	総蛋白	:	g/dl	Na	:	mg/dl		
	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	HbA1c *糖尿病	:	%		
	中性脂肪	:	mg/dl	PT(INR) *ワーファリン服用中	:			
	HDL-コレステロール	:	mg/dl					
	②尿定性(平成 年 月 日 実施)							
蛋白	:	+ ・ ± ・ -	糖	:	+ ・ ± ・ -	潜血	:	+ ・ ± ・ -
③感染症検査(平成 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(平成 年 月 日)特に結核性病変の有無を御記入下さい。 ※ 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、					

(御願ひ)御手数ですが、当施設御入所時の心身状況把握の為、御記入御願ひします。
御多忙のところ大変恐縮ですが、宜しく御願ひ申し上げます。