

療養情報提供書

利用者氏名	性別	生年月日	年齢
様	男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
傷病名(発症時期)			
既往歴(発症時期)及び症状・症状経過			
処方薬(成分含量もご記入下さい)・処置			
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 周辺症状 無・有()

検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡(部位・程度)	その他()
最近の 血圧:	/	mmhg	体温	℃	心電図	令和 年 月 日
採血/検尿日	令和 年 月 日	所見				
尿検査(蛋白:	(糖:	(潜血:)			
血算	WBC		CRP		X線撮影	令和 年 月 日
	RBC		BS			所見
	Hb		Hb(A1c)			
生化学	TP		感染症	HBs	(+・-)	*X線検査は3ヵ月以内のものをお願い致します。
	Alb			HCV	(+・-)	
	GOT			MRSA	(+++・+-)	
	GPT				部位()	
	BUN		梅毒	(+・-)		
	Cr		その他			
	Na		その他		処置 膀胱留置カテーテル 次回交換時期()	
	K					
Cl				人工肛門・(その他)		

* 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 あゆみの里 宛 令和 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名

科

印