

# 療養情報提供書

利用者氏名  様	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往症（発症時期）及び症状・症状経過			
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)	その他( )
採血/検尿日	年 月 日			心電図	年 月 日	
尿検査	(蛋白: )	(糖: )	(潜血: )	所見		
血算	WBC		血算	CRP		X線撮影 年 月 日 所見
	RBC			BS		
	Hb			Hb(A1c)		
生化学	TP		生化学	LDL		*X線検査は3ヶ月以内のものをお願い致します。 処置 膀胱留置カテテル・経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・その他( )
	Alb			HDL		
	GOT			TG		
	GPT		感染症	HBs	(+・-)	
	BUN			HCV	(+・-)	
	Cr			MRSA	(+・++・-) 部位( )	
	Na			梅毒	(+・-)	
	K			結核		
Cl						

\* 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。

年 月 日

介護老人保健施設 ふれあいの里 宛

医療機関等名

所在地

TEL

医師名

科

印