


ふりがな		男・女	明治	年	月	日
氏名			大正			
			昭和		(	)
住所	〒					
	TEL ( )					
既往歴 (該当するものに○印)	高血圧症 糖尿病 肝臓病 心臓病 心筋梗塞 脳卒中 関節リウマチ 腎臓病 肺結核 肺気腫 その他 ( )					
病名	①	④				
	②	⑤				
	③	⑥				
病歴 及び 治療内容						
投薬・処置	(老健入所中の投薬は、必要に応じて減量になる場合がありますのでご了承下さい)					
四肢 及び 運動機能障害						
身長・体重						cm
						kg
精神状況	認知症 *なし *あり(軽度・中等度・高度) 問題行動 *なし *あり ( 種類 )	所見				
	長谷川式	/30 点				
皮膚疾患	*なし	部 位				
	*あり(疑い含む)	疥癬	( )			)
		湿疹	( )			)
		褥瘡	( )			)
		その他	( )			)

※全ての検査項目にもれなく記入をお願い致します。

心電図 月 日実施  (3か月以内の データ)	※異常なし  ※異常あり	所見	
胸部X線 月 日撮影 (診療情報提供書 提出時、又は入所 時に写真を添付し てください)	※異常なし  ※異常あり	所見 結核所見 ( 有 無 )  ( 立位 座位 臥位 ) ( 直接 間接 ) 	
検尿 月 日実施 (3か月以内の データ)	蛋白 ( - ・ + ・ ++ )、糖 ( - ・ + ・ ++ )  潜血 ( - ・ + ・ ++ )、白血球 ( - ・ + ・ ++ )、細菌 ( - ・ + ・ ++ )		
血液検査A  月 日実施  (3か月以内の データ)	◆ 血清蛋白 ( ) g/dl ◆ アルブミン ( ) g/dl ◆ AST (GOT) ( ) IU/l ◆ ALT (GPT) ( ) IU/l ◆ 総コレステロール ( ) mg/dl ◆ LDL-c h o ( ) mg/dl ◆ 尿素窒素 ( ) mg/dl ◆ クレアチニン ( ) mg/dl ◆ 尿酸 ( ) mg/dl	◆ Na ( ) mEq/l ◆ K ( ) mEq/l ◆ 血糖 ( ) mg/dl ◆ H b A1c ( ) % ◆ CRP ( ) mg/dl ◆ 白血球 ( ) /μL ◆ 赤血球 ( ) 万/μL ◆ ヘモグロビン ( ) g/dl ◆ ヘマトクリット ( ) % ◆ 血小板数 ( ) 万/mm <sup>3</sup>	
血液検査B 月 日実施  (3か月以内の データ)	◆ HBs抗原 陰性 ・ 陽性  ◆ HCV抗体 陰性 ・ 陽性	◆ TPHA 陰性 ・ 陽性 RPR 陰性・陽性 ( 倍 )  ◆ MRSA 陰性 陽性 (保菌者) (喀痰・咽頭・その他)	
介護老人保健 施設での療養 上のご意見・ ご要望	上記のとおり情報提供致しました。		
所在地  医療機関名  担当医師名		平成 年 月 日  TEL  印	