

# 健康情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 知恵の和苑

〒582-0008

大阪府柏原市古町3丁目2番17号

電話 072-973-4801 (代)

FAX 072-973-4805

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

次の通り貴施設への利用者の健康情報を提供いたします。

|                |                       |     |    |   |   |    |    |     |
|----------------|-----------------------|-----|----|---|---|----|----|-----|
| ふりがな           |                       | 男・女 | 明治 |   |   |    |    |     |
| 氏名             |                       |     | 大正 | 年 | 月 | 日生 | 昭和 |     |
|                |                       |     |    |   |   |    |    | (歳) |
| 現住所            | 〒                     |     |    |   |   |    |    |     |
| 既往歴            | ① 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ② 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ③ 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
| 病名             | ① 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ② 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ③ 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ④ 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ⑤ 年 月頃                |     |    |   |   |    |    |     |
| 治療経過           |                       |     |    |   |   |    |    |     |
| 他院・他科<br>受診の有無 | ・なし<br>・あり ( 病院) ( 科) |     |    |   |   |    |    |     |
| 処方内容           | ⑥                     |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ⑦                     |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ⑧                     |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ⑨                     |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ⑩                     |     |    |   |   |    |    |     |
| 薬品名 (mg)       |                       |     |    |   |   |    |    |     |
| 用法・用量等         | 全て                    |     |    |   |   |    |    |     |
| 御記入下さい         | 点眼薬 (なし・あり)           |     |    |   |   |    |    |     |
|                | ①                     |     |    |   |   |    |    |     |

|                |                                              |    |                   |       |            |
|----------------|----------------------------------------------|----|-------------------|-------|------------|
| 皮膚疾患           | ・なし 湿疹 (部位: )<br>褥瘡 (部位: )<br>・あり 疥癬 (部位: )  |    |                   |       |            |
| 四肢及び<br>運動機能障害 | ・なし [ ]<br>・あり [ ]                           |    |                   |       |            |
| 精神の状況          | ・認知症 (なし・軽・中・重)<br>・問題行動 (なし・あり)<br>具体的に [ ] |    |                   |       |            |
| 身長             | cm                                           | 体重 | kg                | アレルギー | なし・あり ( )  |
| 血圧             | / mmHg                                       |    |                   | 血液型   | 型 RH - ・ + |
| 尿検査            | 糖 ( ) 蛋白 ( ) ウロビリノーゲン ( ) ( 月 日実施)           |    |                   |       |            |
| 血液検査           | 白血球 ( ) 総コレステロール ( )                         |    |                   |       |            |
|                | 赤血球 ( ) クレアチニン ( )                           |    |                   |       |            |
|                | ヘモグロビン ( ) BUN ( )                           |    |                   |       |            |
|                | 血清総蛋白 ( ) Na ( )                             |    |                   |       |            |
|                | GOT ( ) K ( )                                |    |                   |       |            |
|                | GPT ( ) 尿酸 ( )                               |    |                   |       |            |
|                | CRP ( ) 血糖 ( ) [空腹時・食後 時間]                   |    |                   |       |            |
|                | 血清アルブミン ( ) ※糖尿病の方 HbA1c ( )                 |    |                   |       |            |
|                | ・その他病名について参考になる所見を御記入下さい                     |    |                   |       |            |
|                | ( 年 月 日実施)                                   |    |                   |       |            |
| 食事指示           | Kcal / 日 制限あり [ ]                            |    |                   |       |            |
| 心電図            | ・異常なし<br>・異常あり 所見 [ ]                        |    |                   |       |            |
|                | ( 年 月 日実施)                                   |    |                   |       |            |
| 胸部X線           | ・異常なし<br>・異常あり 所見 [ ]                        |    |                   |       |            |
|                | CTR [ %]                                     |    |                   |       |            |
|                | ( 年 月 日実施)                                   |    |                   |       |            |
| 感染症検査          | HBs 抗原 (陰性・陽性)                               |    | Wa・R (陰性・陽性)      |       |            |
|                | HCV 抗体 (陰性・陽性)                               |    | MRSA (鼻腔) (陰性・陽性) |       |            |
|                | ( 年 月 日実施)                                   |    |                   |       |            |
| その他の<br>留意事項   |                                              |    |                   |       |            |

※検査データーは、直近3ヶ月以内のデーターをお願いします。