

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 氏名		男・女	明治	年	月	日生
			大正			
	昭和					
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 受診の有無	・なし ・あり (病院) (科)					
処方内容 薬品名 (mg)	①			⑥		
	②			⑦		
	③			⑧		
	④			⑨		
用法・用量等全て	⑤			⑩		
御記入下さい	点眼薬 (なし・あり)					
	①					

皮膚疾患	・なし 湿疹（部位： ） 褥瘡（部位： ） ・あり 疥癬（部位： ）			
四肢及び運動機能障害	・なし [] ・あり []			
精神の状況	・認知症（なし・軽・中・重） ・問題行動（なし・あり） 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 所見 [] ・異常あり [] （ 年 月 日実施）			
胸部X線	・異常なし 所見 [] ・異常あり [] 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）			
その他の留意事項				

※検査データは、直近3ヶ月以内のデータでお願いします。