

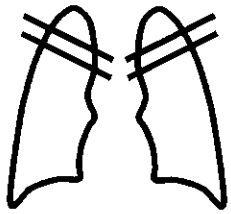
介護老人保健施設利用に関する医師の情報提供書

平成 年 月 日

老人保健施設マイライフ尾根道 施設長殿

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印

フリガナ 氏名	様		明・大・昭 生年月日 年 月 日(歳)			
病名	既往歴					
現病	傷病の経過及び治療内容		EKG所見 : 頭部CT所見 : 皮膚疾患 : 無・有 (部位/) 褥瘡 : 無・有 (部位/) アレルギー : 無・有 ()			
	日常生活動作(ADL)の状況		胸部X-P所見 (撮影日 年 月 日)			
病歴	移動 / 自立・一部介助・全介助 :					
	食事 / 自立・一部介助・全介助 :					
	排泄 / 自立・一部介助・全介助 :					
	入浴 / 自立・一部介助・全介助 :					
	着替 / 自立・一部介助・全介助 :					
	整容 / 自立・一部介助・全介助 :					
	障害老人の日常生活自立度: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
	認知症老人の日常生活自立度: 正常・I・II・III・IV・M					
	コミュニケーション: 問題なし・やや可能・不十分				精神症状の問題: なし・あり ()	
	身長: cm 体重: kg 血圧: mmHg				食事の指示 食 (杯/塩分 g)	
視力障害: あり・なし 聴力障害: あり・なし		言語障害: あり・なし				
上肢の障害: あり(右・左)・なし		下肢の障害: あり(右・左)・なし				
血液検査(検査日: 年 月 日)						
白血球数 () GOT () 尿素窒素 () 尿酸 ()						
赤血球数 () GPT () クレアチニン() 血糖 ()						
血色素量 () LDH () Cl () ※DMの方はHbA1c						
ヘマトクリット() 総コレステロール() Na () ()						
PLT () 中性脂肪 () K () アルブミン ()						
γ-GTP () 総蛋白 () CRP ()						
処方薬		検尿 蛋白 () 糖 () 潜血 ()				
感染症	HBsAg (-・+)	結核 (-・+ / [他者への感染の可能性: なし・あり])				
	HBsAb (-・+)	MRSA (-・+ / [" : なし・あり])				
	HCVAb (-・+)	緑膿菌 (-・+ / [" : なし・あり])				
	W氏 (-・+)	疥癬 (-・+ / [" : なし・あり])				
総合所見						

①EKGはコピー添付してください。②胸部x-pの貸し出しをお願いします。
③TB, MRSA, 緑膿菌, 開放瘡がある場合は開放瘡で、ない場合は喀痰・咽頭でお願いします。