

施設療養情報提供書

介護老人保健施設

年 月 日

「保生の森」施設長 宛

紹介元医療機関名
住所
電話番号
FAX

医師氏名

印

利用者	ふりがな			性別
	氏名			男 女
	生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)		
	住所	〒□□□-□□□□		
	電話		FAX	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 老健での施設療養に際して当院での医療情報を提供する <input type="checkbox"/> 施設療養中の医学管理に関する指示事項を連絡する <input type="checkbox"/> その他 ()	
診断名	1) 2) 3) 4) 5) 6)	
既往歴 および 家族歴		
現病歴 および 治療経過		
現在使用中の 薬剤および その使用法 (外用薬も含む)		
薬剤アレルギー		
現在の問題点		

A D L ・ 他	食 事	: 自立	半介助	全介助	胃管カテーテル
	歩 行	: 独歩	杖使用にて可	介助	車椅子(自操 : 可・不可) 歩行不能
	排 泄	: 自立	介助	ポータブル	おむつ(常時・夜間) カテーテル
	入 浴	: 自立	半介助	全介助	清拭
	褥 瘡	: 無	有 (部位 :)	
	認知症 中核症状	: 無	有 (内容:)	
	認知症 周辺症状	: 無	有 (内容:)	

尿 検 査 (年 月 日)			血 液 検 査 (年 月 日)		
蛋白	糖		白血球数	γ-GTP	
ケトン体	潜血		赤血球数	LDH	
沈渣 赤血球	白血球		ヘモグロビン	LDLコレステロール	
細菌			ヘマトクリット	中性脂肪	
			血小板数	BUN	
*呼吸器疾患のある方			CRP	クレアチニン	
血液ガス分析			総蛋白	尿酸	
(室内気 又は O ₂ ℓ/m にて)			アルブミン	Na	
			総ビリルビン	K	
			ALP	Cl	
PH	PaO ₂	PaCO ₂	GOT	血糖値	
			GPT	*DMの場合 HbA1c	
			*ワーファリン内服中の方	PT	INR
血 圧	降圧剤使用中	/			
	降圧剤使用せず	/			

感 染 症 (年 月 日)					
HBs抗原	(+ - 不明)		HCV抗体	(+ - 不明)	
梅毒血清反応	(+ - 不明)		疥 癬	(+ - 不明)	
MRSA感染	(+ - 不明)		検査部位:	鼻腔	咽頭
活動性結核あるいはその疑い	(+ - 不明)				

心電図 (年 月 日)	胸部レ線像 (年 月 日)
所見	