健康情報提供書

　　　　　　　　　2016年0月0日

介護老人保健施設 放出ふれあいセンター

担当医　宛て

　郵便番号・住所

医療機関名：

☎

医師名：     　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | 昭和 0 0 年0 月0日 0 0歳 | | |
| 氏　 名 |  | | | | | | | | 女 | |
| 現 住 所 | 〒     　　     　　☎ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既 往 歴 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 病 名 | ①  ②  ③  ④  ⑤ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 病 歴 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方内容 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 | | 障害高齢者：未 | | | | | 認知症高齢者：未 | | | | | | | | | |
| 身体機能障害の部位 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体機能障害の理由 | | □運動機能障害　　□高次脳機能障害　　□廃用症候群　　□その他（     ） | | | | | | | | | | | | | | |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝによる機能改善の可能性 | | | | | ■あり | | | | | | | | | | | |
| ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝによる機能改善に対する具体的指示・目標 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 精神の状況 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 血　　圧 | /      mmHg | | | 身　　長 | | cm | | | | 体　　重 | | kg | | | | |
| 血液検査 | 白血球WBC | | /μL | | | | AST(GOT) | | U/L | | | | ﾅﾄﾘｳﾑNa | | | mEq/L |
| 赤血球RBC | | ×10/μL | | | | ALT(GPT) | | U/L | | | | ｶﾘｳﾑK | | | mEq/L |
| 血色素量Hb | | g/dL | | | | CRP | | mg/dL | | | | ｶﾙｼｳﾑCa | | | mg/dL |
| 血清総蛋白Tp | | g/dL | | | | LDL-Cho | | mg/dL | | | | 血糖BS | | | mg/dL |
| ｱﾙﾌﾞﾐﾝAlb | | g/dL | | | | 尿素窒素UN | | mg/dL | | | | HbA1c  糖尿病の方のみ | | | % |
|  | |  | | | | ｸﾚｱﾁﾆﾝCRE | | mg/dL | | | |
|  | |  | | | | 尿酸UA | | mg/dL | | | |
| 実施日：2016年0月0日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 尿 検 査 | 蛋白：未 | | 糖：未 | | | 潜血：未 | | ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ：未 | | | | | | | 実施日：2016年0月0日 | |
| 感 染 症 | HBs抗原：未 | | HCV抗体：未 | | | Wa-R：未 | | MRSA（鼻腔）：未 | | | | | | | 実施日：2016年0月0日 | |
| 血 液 型 | 未　　RH（未） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心 電 図 | 実施日：2016年0月0日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部X線 | 実施日：2016年0月0日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設での療養上の意見・希望など |  | | | | | | | | | | | | | | | |