

健康情報提供書

年 月 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	年 月 日		歳
氏 名									
現住所	〒								
既往歴	☎								
主病名									
現病歴									
処方内容									
日常生活自立度	障害高齢者：		認知症高齢者：						
身体機能障害の部位									
身体機能障害の理由	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
リハビリテーションによる機能改善の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
リハビ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 ⁶ /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	
	アルブミン Alb	g/dL		尿素窒素 UN	mg/dL		HbA1c 糖尿病の方のみ	%	
				クレアチン CRE	mg/dL				
			尿酸 UA	mg/dL					
尿 検 査	蛋白	糖	潜血	ウロビリノーゲン		実施日： 年 月 日			
感 染 症	HBs 抗原	HCV 抗体	Wa-R：	MRSA（鼻腔）：		実施日： 年 月 日			
血 液 型	(RH)								
アレルギー									
心 電 図	実施日： 年 月 日								
胸部 X 線	実施日： 年 月 日								
施設での療養上の意見・希望など									