

# 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	要介護認定	要介護： 1 2 3 4 5 要支援： 1 2 / 申請中
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
現住所	〒 _____  ☎ ( _____ ) _____			
既往歴				
主病名				
現病歴				
処方内容				
	<small>薬剤調整の可否について、○をお願いします。</small> * 老人保健施設入所中の薬剤調整の取り組みが行われる事を了承する。 可 / 不可			
日常生活自立度	障害高齢者：	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者：	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

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	/ $\mu$ L	AST(GOT)	U/L	ナトリウム Na	mEq/L
	赤血球 RBC	$\times 10 / \mu$ L	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	%
			クレアチニン CRE	mg/dL		
			尿酸 UA	mg/dL		
実施日：                      年   月   日						
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						