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 |  |
| ＊入所のみ | 薬剤調整の可否について、〇をお願いします。＊老人保健施設入所中の薬剤調整の取り組みが行われることを了承する。　　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 | □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　　　　　　　　□なし |
| 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 |  |
| ＊通所・短期入所のみ入浴・リハビリを中止すべきバイタル値（該当項目があれば） | 体温：　　　　　　　　　　℃以上 | SpO2：　　　　　　　　　　　％以下 |
| 脈拍：　　　　　　　　　　　　回/分以上、または　　　　　　　　　　　回/分以下 |
| 血圧： | 1.収縮期 | ｍｍHg以上、または | 1.収縮期 | ｍｍHg以下 |
| 2.拡張期 | 2.拡張期 |
| その他： |
| 血　　圧 | /　　　　mmHg | 身長 | 　　　㎝ | 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：　　　　年　　月　　日 |
| 尿 検 査 | 蛋白： | 糖： | 潜血： | ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ： | 実施日：　　　　年　 月　 日 |
| 感 染 症 | HBs抗原： | HCV抗体： | TP抗体： | MRSA（任意） | 実施日：　　　　年 　 月　 日 |
| 血 液 型 | （RH　　　　　） |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ |  |
| 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 |  |