

健康情報提供書

令和 年 月 日

医療法人恵登久会
介護老人保健施設 美富士苑
施設医 宛

医療機関	
所在地	
TEL	- -
医師名	印

下記の通り貴施設への利用者を紹介し、健康情報を提供いたします。

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 () 歳
現住所			
現病名	①	発症	年 月 日
	②	発症	年 月 日
	③	発症	年 月 日
	④	発症	年 月 日
既往歴		発症	年 月 日
		発症	年 月 日
		発症	年 月 日
処方内容			
症状経過 特記事項			
身長・体重	() cm () kg	血圧	/ mmHg 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (<input type="checkbox"/> 食品・ <input type="checkbox"/> 薬品)	備考	
血液検査	白血球 () 赤血球 () ヘモグロビン () 血小板 () ヘマトクリット () CRP () 血清総蛋白 () アルブミン () 総コレステロール () ナトリウム () カリウム () BUN () クレアチニン () 血糖 () GOT () GPT () γ -GTP () 【検査日 月 日】 ※糖尿病のある方は・・・HbA1c () 食事1日 () kcal値をご指示ください。		
胸部X-P <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ⇒所見 【検査日 月 日】 ※異常のある方はフィルムを貸出願います 心電図 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし ⇒所見	感染症検査 HBs抗原 (<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 陽性) HCV抗体 (<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 陽性) TPHA (<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 陽性) MRSA (<input type="checkbox"/> 陰性・ <input type="checkbox"/> 陽性) 【検査日 月 日】 ※MRSAはなんらかの症状がある 場合のみ検査	認知度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 問題行動 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 【 医学的管理 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()	