|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体及び精神面に関する事項 | <聴力>　難聴　　　　あり　・　なし | | | | <認知症の程度>　あり(軽度・中度・重度)・なし | | | | |
| <言語障害>　　　　　あり　・　なし | | | | 暴力行為、暴言　　：あり　・　なし | | | | |
| <意思の疎通>　良好・やや困難・極めて困難 | | | | 放尿(便器外)　　 　：あり　・　なし | | | | |
| <視力低下>　　あり　・　なし　・　失明 | | | | 弄便(便こね) 　 　：あり　・　なし | | | | |
| <嚥下障害>　　あり　・　なし | | | | 徘徊：　あり　・　なし | | | 異食：　あり　・　なし | |
| <身長>　　　cm <褥瘡>　あり　・　なし | | | | 大声：あり　・　なし　（全日・昼間・夜間） | | | | |
| <体重>　　　 kg <血圧>　　　 /　 　mmHg | | | | SPO2　　　　　　％　その他 | | | | |
| 臨床検査所見 | ①血液検査（ 　　年　 　月　　 日　実施） | | | | | | | | |
| 白血球数　　　　： | /μl | | | | Ch－E　　　　　： | | | 1U/l |
| 赤血球数　　　　： | 万/μl | | | | 総コレステロール : | | | mg/dl |
| Hb　　　 　： | ｇ/dl | | | | BUN : | | | mg/dl |
| Ht　　　 　： | ％ | | | | クレアチニン : | | | mg/dl |
| 血小板　　　　 ： | 万/μl | | | | 尿酸　　　　　　 : | | | mg/dl |
| 総蛋白　　　　 ： | ｇ/dl | | | | Na : | | | mEq/l |
| アルブミン : | ｇ/dl | | | | K : | | | mEq/l |
| GOT　　 　： | 1U/l | | | | Cl 　　 : | | | mEq/l |
| GPT　　 　： | 1U/l | | | | CRP : | | | mg/dl |
| γ－GTP　　　　： | 1U/l | | | | 血糖(空腹時)　　： | | | mg/dl |
| ②尿定性（ 　　年　 月　　 日　実施） | | | | | HbA1ｃ（ＤＭの方のみ）　：※　　　　　　％ | | | |
| 蛋白　：　＋・±・－ | | 糖　：　＋・±・－ | | | | 潜血　：　＋・±・－ | | |
| ③感染症検査（ 　　年　 月　　 日　実施） | | | | | | | | |
| MRSA（咽頭・鼻腔・痰）：　＋　・　－ | | | | | 疥癬等　：　＋　・　－ | | | |
| HBs抗原　：　＋　・　－ | | HCV抗体　：　＋　・　－ | | | | TPHA定性　：　＋　・　－ | | |
| ④心電図所見　　異常　：　あり　・　なし　　　　　　不整脈　：　あり　・　なし | | | | | | | | |
| 胸部X線所見 | 撮影年月日（　　　年　　月　　日　実施）特に結核性病変の有無をご記入ください。  ※３ヶ月以内のもの | | | | | | | | |
| 現在の処方 | １（特殊薬） | | | ４ | | | 7 | | |
| ２ | | | ５ | | | ８ | | |
| ３ | | | ６ | | | ９ | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

施設療養情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地・電話及び名称

介護老人保健施設

　　　　　　　　　施設長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 | フリガナ | | | | 男　・　女 | |
| 殿 | | | |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　　年　　　月　　　日　生まれ（　　　歳） | | | | | |
| 紹介目的 |  | | | 利用区分 | 1、入所　　　：　　至急　・　通常 | |
| ２、短期入所　：　（　　　　日間） | |
| ３、通所　　　：週　　　回　　　　曜 | |
| 診断名 | １， | | | ４， | | | |
| ２， | | | ５， | | | |
| ３， | | | ６， | | | |
| 現在の要介護度：　要支援　・１　・　２　・　３　・　４　・　５　・　申請中 | | | | | | |
| 現病歴及び現症 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| １，慢性的喀嗽 | | あり　・　なし | ４，尿失禁 | | あり　・　なし | |
| ２，慢性的便秘 | | あり　・　なし | ５　便失禁 | | あり　・　なし | |
| ３，インスリン注射 | | あり　・　なし | ６，酸素吸入 | | あり　・　なし | |
| 既往疾患 |  | | | １薬剤・食物アレルギー（薬剤・食品名） | | | |
|  | | |  | | ：　あり　・　なし | |
|  | | | ２胃ろう | | ：　あり　・　なし | |
|  | | | (経管栄養) | | ：　あり　・　なし | |
|  | | | ３ストーマ | | ：　あり　・　なし | |
|  | | | ４てんかん・失神発作 | | ：　あり　・　なし | |
|  | | | ５喘息・呼吸困難 | | ：　あり　・　なし | |
| 他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科など)の受診状況〔過去・現在〕 | | | | | | | |

（お願い）　お手数ですが、当施設ご入所時の身体状況把握の為、ご記入お願いします。

ご多用のところ、大変恐縮です。宜しくお願い申し上げます。

※HbA1cについては、施設により必要な場合があります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024.12