

健康情報提供書

医療法人 越宗会 介護老人保健施設

玉串 す み れ 苑 施設長宛

〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2-3

TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552

ふりがな			男	明・大・昭																						
氏名			女	年 月 日 (歳)																						
住所	〒 電話 () -																									
身長	cm	体重	kg	血压	/ mmHg																					
脈拍	/分																									
現在の病 気及び 治療内容			既往歴																							
処方内容																										
四肢 及び 運動機能 障害			精神状態	認知症 (なし 軽度 中度 重度) 【所見】																						
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり : 褥瘡・湿疹・疥癬・その他() : 部位・程度()																									
尿検査	蛋白() 糖() 潜血() 実施日: 年 月 日																									
感染症	HBs抗原(定性) (+ ・ -) TPHA定性 (+ ・ -) HCV抗体 (+ ・ -) 実施日: 年 月 日																									
血液検査	<table border="0"> <tr> <td>・白血球 ($10^2/\mu\ell$)</td> <td>・血清総蛋白 (g/dl)</td> <td>・K (mEq/l)</td> </tr> <tr> <td>・赤血球 ($10^4/\mu\ell$)</td> <td>・AST(GOT) (u/l)</td> <td>・BUN (mg/dl)</td> </tr> <tr> <td>・ヘモグロビン (g/dl)</td> <td>・ALT(GPT) (u/l)</td> <td>・クレアチニン (mg/dl)</td> </tr> <tr> <td>・ヘマトクリット (%)</td> <td>・CRP(定量) (mg/dl)</td> <td>・尿酸 (mg/dl)</td> </tr> <tr> <td>・血小板 ($10^4/\mu\ell$)</td> <td>・CRP(定性) (+ ・ -)</td> <td>・血糖 (mg/dl)</td> </tr> <tr> <td>・アルブミン (g/dl)</td> <td>・Na (mEq/l)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>・Cl (mEq/l)</td> <td>検査日: 年 月 日</td> </tr> </table>					・白血球 ($10^2/\mu\ell$)	・血清総蛋白 (g/dl)	・K (mEq/l)	・赤血球 ($10^4/\mu\ell$)	・AST(GOT) (u/l)	・BUN (mg/dl)	・ヘモグロビン (g/dl)	・ALT(GPT) (u/l)	・クレアチニン (mg/dl)	・ヘマトクリット (%)	・CRP(定量) (mg/dl)	・尿酸 (mg/dl)	・血小板 ($10^4/\mu\ell$)	・CRP(定性) (+ ・ -)	・血糖 (mg/dl)	・アルブミン (g/dl)	・Na (mEq/l)			・Cl (mEq/l)	検査日: 年 月 日
・白血球 ($10^2/\mu\ell$)	・血清総蛋白 (g/dl)	・K (mEq/l)																								
・赤血球 ($10^4/\mu\ell$)	・AST(GOT) (u/l)	・BUN (mg/dl)																								
・ヘモグロビン (g/dl)	・ALT(GPT) (u/l)	・クレアチニン (mg/dl)																								
・ヘマトクリット (%)	・CRP(定量) (mg/dl)	・尿酸 (mg/dl)																								
・血小板 ($10^4/\mu\ell$)	・CRP(定性) (+ ・ -)	・血糖 (mg/dl)																								
・アルブミン (g/dl)	・Na (mEq/l)																									
	・Cl (mEq/l)	検査日: 年 月 日																								
胸部X線	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】 撮影日: 年 月 日																									
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】 検査日: 年 月 日																									
通所リハビリテーションに対する指示	個別リハビリに対する指示																									
複数の虚弱なご利用者様と接するにあたり、通所リハビリテーションの利用が	(可 ・ 不可)																									
CGT機器を使用したリハビリに対する判定	(適 ・ 否)																									
通所リハビリテーション施設での機能回復訓練に対する判定	(適 ・ 否)																									

上記の通り診断いたします。

医療機関名 :

平成 年 月 日

所在地 :

担当医氏名 :

Ⓜ

※3ヶ月以内のデータでお願いいたします。