

療養情報提供書

利用者氏名	性別	生年月日	年齢
様	男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
傷病名 (発症時期)			
既往症 (発症時期) 及び症状・症状経過			
処方薬	①	⑥	⑪
	②	⑦	⑫
	③	⑧	⑬
	④	⑨	⑭
	⑤	⑩	⑮
要介護度	申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
日常生活動作	障害	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	認知症	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	問題行動 無 ・ 有 ()

検査所見 (3ヶ月以内の検査内容を記入してください)

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡(部位)	その他 ()	
採血/検尿日	年	月	日	心電図	平成	年 月 日	
尿検査	(蛋白 :)	(糖 :)	(潜血 :)	所見			
血算	WBC		CRP		X線撮影	平成 年 月 日	
	RBC		BS			所見	
	Hb		Hb(A1c)				
生化学	TP		感染症	HBs	(+ ・ -)	未検	
	Alb			HCV	(+ ・ -)	未検	
	GOT			MRSA	(+ + ・ + ・ -)		未検
	GPT				部位()		
	BUN			梅毒	(+ ・ -)	未検	
	Cr			その他			
	Na			その他			処置
K					経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう)		
Cl					その他()		

* 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等を添付してください。

介護老人保健施設 東大和ケアセンター 宛 平成 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名 科 印