

療養情報提供書

都老健北多摩南ブロック版

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	年 月 日	所見		
尿検査	(蛋白:) (糖:) (潜血:)	所見				
血算	WBC		CRP		X線撮影 年 月 日 所見	
	RBC		BS			
	Hb		Hb(A1c)			
生化学	TP		感染症	HBs	(+・-) 未検	処置 膀胱留置カテーテル ・ 人工肛門 経管栄養(経鼻・胃ろう) その他()
	Alb			HCV	(+・-) 未検	
	GOT			MRSA	(++++・-) 未検	
	GPT				部位()	
	BUN			梅毒	(+・-) 未検	
	Cr			その他		
	Na		その他			
	K					
Cl						

* 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 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名 科 印