

年 月 日

老人保健施設利用情報提供書

老人保健施設 みさき

管理者 様

所在地

医療機関名 (科名)

担当医 印

電話 - -

★短期入所 (10 日以下) または通所の場合は裏面の項目 1-7 を省略していただいて結構です★

フリガナ

氏名

男・女 大・昭 年 月 日生 満 才

住所 〒

診断 (発病日を併記してください)

既往歴 (発病日を併記してください)

現病歴

現症 (異常所見のみ)

血圧 脈拍 身長 cm 体重 kg
聴力 視力

特記事項 (感染症 ([結核][MRSA][疥癬]など) や必要な処置などがあれば)

ア, なし

イ, あり⇒

現在の処方

◆裏面に続きます。ただし、短期入所 (10 日以下) または通所の場合はここまででも結構です◆

1.胸部 X 線所見 (3 ヶ月以内に撮影したもの。 撮影日 年 月 日)
ア, 異常なし
イ, 異常あり...

2.心電図所見 (3 ヶ月以内に記録したもの。 記録日 年 月 日)
ア, 異常なし
イ, 異常あり...

※必ず胸部 X 線写真と心電図を添付して下さい。(コピー又は、貸出しでも結構です。)

貸出し頂いたものは、必ず返却いたします。

3.尿検査 (年 月 日) 蛋白半定量 () 糖半定量 () 潜血 ()

4.感染症に関する検査 (年 月 日)
HBs 抗原 () HCV 抗体 () MRSA ((検査日))

定性梅毒検査: ガラス板 () TPHA ()

その他に行われていれば:

5.血液生化学検査等 (年 月 日)
血小板数() T. chol ()
Hb()g/dl 白血球数 ()
GOT() GPT () ALP () TP ()
Alb() BUN() Creatinine () Na()
K () Cl () 血糖()(食前・食後 時間)
TG () 他に異常値があれば:

6.精神状態 ア 正常

イ 障害あり (イの場合下記項目の該当する程度を○で囲んでください)

い) 認知症 記憶障害 (重度: 自分の名前が分からない。寸前のことも忘れる。)

(中度: 最近の出来事を思い出せない)

(軽度: 物忘れ、置き忘れが目立つ)

失見当 (重度: 自分の部屋が分からない。自分がどこにいるか分からない)

(中度: 時々自分の部屋分からない、自分がどこにいるか分からない)

(軽度: 異なった環境におかれると一時的に自分の居場所が分からなくなる)

7.問題行動 (該当する項目があれば該当する程度を○で囲んでください)

攻撃的行動 (重度・中度・軽度) 自傷行為 (重度・中度・軽度)

徘徊 (重度・中度・軽度) 不潔行為 (重度・中度・軽度)

不穏興奮 (重度・中度・軽度) 失禁 (重度・中度・軽度)

■ご記入ありがとうございました■