

# 施設療養情報提供書

令和 年 月 日

医療機関の所在地・電話及び名称

介護老人保健施設

リハビリケアかつしか

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 (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)				

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	SPO <sub>2</sub> %	その他                      :
臨床検査所見	①血液検査（令和      年      月      日 実施）			
	白血球数                      :	/μl	Ch-E                      :	IU/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                      :	IU/l	Cl                      :	mEq/l
	GPT                      :	IU/l	CRP                      :	mg/dl
	γ-GTP                      :	IU/l	血糖（空腹時）                      :	mg/dl
	②尿定性（令和      年      月      日 実施）		HbA1c（DMの方のみ）                      :	%
	蛋白                      :	+・±・-	糖                      :	+・±・-
			潜血                      :	+・±・-
	③感染症検査（令和      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（令和      年      月      日）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	

（お願い）      お手数ですが、当施設ご入所時の心身状況把握の為、ご記入お願い致します。  
ご多用のところ、大変恐縮です。宜しく願い申し上げます。