

介護老人保健施設療養情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設

施設長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

利用希望者	フリガナ	男・女	生年月日
	氏名		明・大・昭 年 月 日 (歳)
利用目的	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ		
要介護度 など	要介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中・区分変更中		
	障害高齢者の日常生活自立度判定基準：自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：自立・I・IIa・IIb・III・IV・M		
疾患名	1	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
	2	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
	3	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
	4	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
	5	発症年月日	昭・平・令 年 月 日
現病歴及び症状			
既往歴	1	発症年月	昭・平・令 年 月 日
	2	発症年月	昭・平・令 年 月 日
	3	発症年月	昭・平・令 年 月 日
	4	発症年月	昭・平・令 年 月 日
	5	発症年月	昭・平・令 年 月 日
現在の処方・処置 など	処方		
他科等の受診状況	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他()		薬剤・食物アレルギー：有・無 (薬剤名・食品名)

臨床検査 所見	尿定性 実施日(令和 年 月 日)		実施日(令和 年 月 日)	
	糖:	蛋白:	潜血:	身長 cm
	血液検査 実施日(令和 年 月 日)		体重 kg	
	血液一般	生化学		
	WBC	TP	HDL-C	血圧 /
	RBC	ALB	LDL-C	
	Hb	GOT	TG	心拍数
	血小板	GPT	Cr	
		LDH	Na	皮膚疾患 あり・なし
		ALP	K	
	CRP	rGTP	Cl	(疾患名) ()
		T-Bil	BS	
		UA	HbA _{1c}	褥瘡 あり・なし
		BUN		
	特殊検査			(部位・大きさ) ()
	感染症 実施日(令和 年 月 日)		白癬 あり・なし	
	HBs抗原	+・-		
	HCV抗体	+・-		(部 位) ()
TPHA(定性)	+・-			
MRSA	+・-			
疥癬	+・-			
胸部X-P	実施日(令和 年 月 日)		実施日(令和 年 月 日)	
	異常: あり・なし CTR %		異常: あり・なし 心電図	
認知症	あり(軽・中・重)・なし HDS-R 点 (実施日(令和 年 月 日))			
認知症の 周辺症状	あり・なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
その他 特記事項				