

# 健康情報提供書

令和 年 月 日

医療法人恵登久会  
介護老人保健施設 美富士苑  
施設長 医師：林 昭秀 宛

医療機関名	
所在地	
TEL	
医師名	印

下記のとおり貴施設への利用者を紹介し、健康情報を提供いたします。

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日
現住所			
主病名	①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
現病歴 (既往歴)			
四肢及び運動機能障害			
処方内容			
感染症検査	アレルギー	皮膚疾患	精神状況
HBs抗原 (陰性・陽性)	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (軽度・中度・重度)
HCV (陰性・陽性)	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 有り	問題行動となる内容
TPHA (陰性・陽性)	〔 〕	・湿疹	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為
検査日 ( / )		・褥瘡	<input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 場所迷い
		・疥癬	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 火不始末
		・その他 ( )	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴力
			<input type="checkbox"/> その他 ( )