

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	
所在地	
TEL	- -
医師名	Ⓜ

下記の通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 氏名		男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 () 歳
現住所			
既往歴	①	発症 年 月 日	
	②	発症 年 月 日	
	③	発症 年 月 日	
	④	発症 年 月 日	
	⑤	発症 年 月 日	
現病歴	(障害の直接の原因となっている疾患や、近日中の入院の経過につきましては詳細にご記入ください)		
処方内容			
身長・体重	()cm () kg	血圧	/ mmHg 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (食品 ・ 薬品)	血液型	AB 型 RH (- ・ +)
血液検査	血清総蛋白 () 総コレステロール () ナトリウム () 赤血球 () 血小板 () アルブミン () BUN () カリウム () ヘモグロビン () CRP () GOT () クレアチニン () 血糖 () ヘマトクリット () GPT () 尿酸 () 白血球 () 【検査日 月 日】 ※糖尿病のある方は・・・HbA1c () 食事1日 () kcal値をご指示ください。		
胸部X-P <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ⇒所見 【検査日 月 日】	感染症検査 HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) HCV (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) 【検査日 月 日】	精神状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 問題行動となる内容 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 場所迷い <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 火不始末 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※異常のある方はフィルムを貸出願います