

施設療養情報提供書

医療法人 春 香 会
介護老人保健施設プランタンおおま
施設長 殿

年 月 日

療養機関の所在地

名 称

電話番号

医師氏名

印

患 者	氏 名	様	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 満()歳

紹介目的	
診 断 名	(1) (4)
	(2) (5)
	(3)
既往症	薬剤アレルギー ()
現病及び現症	

A D L 等	歩行	:	独歩 杖使用可 介助 車椅子 シルバーカー 歩行器 歩行不可							
	食事	:	自立 半介助 全介助 胃管カテーテル							
	排泄	:	自立 半介助 ポータブル オムツ(全、夜) カテーテル							
	衣服着脱	:	自立 半介助 全介助							
	入浴	:	自立 半介助 全介助 機械浴							
	褥瘡	:	無 有 (軽度 ・ 中度 ・ 高度 ・ 非常に高度)							
	痴呆	:	無 有 (部位)							
				所見 ①は必須です。他は必要に応じて結構ですが下記以外にもできるだけ多くの情報をいただければ幸いです。						
		実施日								
		年月日		HBs抗原(+,-) HCV(+,-) 皮膚感染症疾患(+,-) 疥癬(+,-) MRSA(痰・尿・膿)(+,-)						
	年月日		② 脳CT所見							
	年月日		③ 胸部X-P							
	年月日		④ 画像診断							
	年月日		⑤ 尿検査 蛋白() 糖() 潜血()							
	年月日		⑥ 便細菌培養 症状のある場合のみ (赤痢・サルモネラ・病原大腸菌)							
	年月日		⑦ 心電図							
	年月日		⑧ 血圧 /							
	年月日		⑨ 血液検査							
			赤血球	白血球	Hb	Ht	血小板数	総蛋白	GOT	
			GPT	LDH	γ-GTP	Al-p	T. chol	CPK	AMY	
			BUN	クレアチン	Na	K	Cl	CRP	血糖	
食事制限			無 有 ()							
今の処方										