

# 介護老人保健施設療養情報提供書

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 氏名	男・女	生年月日 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				
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			年 月 日
	2	発症年月日			年 月 日
	3	発症年月日			年 月 日
	4	発症年月日			年 月 日
	5	発症年月日			年 月 日
現病歴 及び症状					
既往歴	1	発症年月			年 月 日
	2	発症年月			年 月 日
	3	発症年月			年 月 日
	4	発症年月			年 月 日
	5	発症年月			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)		

利用希望者( )

臨床検査 所見	尿定性 実施日( 年 月 日)		実施日( 年 月 日)		
	糖:	蛋白:	潜血:	身長 cm	
	血液検査 実施日( 年 月 日)				
	血液一般	生化学		体重 kg	
	WBC	TP	HDL-C		
	RBC	ALB	LDL-C	血圧 /	
	Hb	GOT	TG		
	血小板	GPT	Cr	心拍数	
		LDH	Na		
		ALP	K	皮膚疾患 あり・なし (疾患名) ( )	
	CRP	rGTP	Cl		
		T-Bil	BS		
		UA	HbA <sub>1c</sub>	褥瘡 あり・なし (部位・大きさ) ( )	
		BUN			
	特殊検査			白癬 あり・なし (部位) ( )	
感染症 実施日( 年 月 日)					
HBs抗原	+ ・ -				
HCV抗体	+ ・ -				
TPHA(定性)	+ ・ -				
MRSA	+ ・ -				
疥癬	+ ・ -				
胸部X-P	実施日( 年 月 日)		心電図	実施日( 年 月 日)	
	異常: あり・なし CTR %			異常: あり・なし	
認知症	あり(軽・中・重)・なし HDS-R 点 (実施日 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					