

# 施設療養情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設  ラビアンローゼ  きよせ認知症ケアセンター 施設長 宛

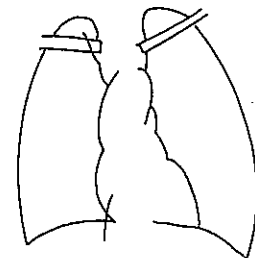
医療機関の名称  
及び所在地  
電話番号  
FAX番号  
医師氏名

科 ⑩

患者	氏名	殿 男・女				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)	身長 cm
目的						
診断名	1)				4)	
	2)				5)	
	3)				6)	
既往症	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
現病歴						
現在の処方						アレルギー 有・無
						食物
						薬物
現在の処置	有・無					
他科他院	他科他院の治療(有・無)あればその処方・処置内容					

食 事	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 全介助 ( ) a. 主食 (常食・粥)    b. 副食 (常菜・軟菜・キザミ)    c. 治療食 ( )
排 泄	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 全介助 4. ポータブルトイレ使用      5. オムツ使用
入 浴	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 全介助
更 衣	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 全介助
歩 行	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 全介助 4. 車椅子 (自力・介助)      5. 杖 ( )
起 居	1. 自分で可      2. 一部介助      3. 不可能
障 害	視力障害 (有・無)      聴力障害 (有・無)      言語障害 (有・無)
意思疎通	1. 伝えられる      2. 時々伝えられる      3. 伝えられない
認知症	有・無 (程度 )      徘徊 有・無 (程度 )
褥 創	有・無 (部位 )      大きさ・深さ ( ) ※褥創がある場合患部の写真 (ポラロイドで可) を添付して下さい。

検 査 所 見	① 血液検査 (検査日      年      月      日)
	W      ( )      クレアチニン      ( )      LDH      ( )
	R      ( )      尿酸      ( ) $\gamma$ -GTP      ( )
	Hb      ( )      総コレステロール      ( )      Na      ( )
	Ht      ( )      中性脂肪      ( )      K      ( )
	血小板      ( )      総ビリルビン      ( )      Cl      ( )
	TP      ( )      GOT      ( )      CRP      ( )
	Alb      ( )      GPT      ( )      血糖      ( )
	BUN      ( )      ALP      ( )      ※糖尿病の方は HbA1c      ( )
	② 感染症検査 (施設内感染防止のため、特に下記の検査結果のご記入をよろしく お願い致します。)
HBS抗原 (+・-)      MRSA (+・-)      TPHA (+・-)	
HCV抗体 (+・-)      皮膚疾患 (有・無)      診断名 _____	
③ 尿定性 蛋白 ( )      糖 ( )      潜血 ( )	
④ 胸部XP      所見	
⑤ 心電図      所見	



備 考	
--------	--