

情報提供書

介護老人保健施設 リハビリテーションセンター 江古田の森

| | | | | | |
|----------|--|----------------------------|---------------------------|---------|-----|
| ふりがな | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | 男・女 |
| 氏名 | | | | 歳 | |
| 住所 | | | | TEL | |
| 診断名 | | | | | |
| 既往歴・経過 | | | | | |
| 理学所見 | 心雑音 あり・なし 呼吸音 正常・異常 脈拍 /分 不整 あり・なし 血圧 / | MRSA | (+ ・ -) 咽頭・他 () | | |
| 心電図 | 異常あり () ・なし 検査日 年 月 日 | HBs検査 | 抗原 (+ ・ -) | | |
| | | HCV検査 | 抗体 (+ ・ -) 検査日 年 月 日 | | |
| 胸部X-P | 所見 結核・感染 あり・なし 撮影日 年 月 日 | 梅毒 | (+ ・ -) TPHA RPR | | |
| | | 血液検査 | 検査日 年 月 日 | | |
| 検尿 | 糖 (+ ・ ± ・ -) | ※検査用紙を添付頂ければ以下の記入は必要ありません。 | | | |
| | 蛋白 (+ ・ ± ・ -) | WBC | | LDL-cho | |
| | 潜血 (+ ・ ± ・ -) | RBC | | HDL-cho | |
| 内服薬処方 | | Hb | | TG | |
| | | Ht | | UA | |
| | | Plt | | BUN | |
| | | TP | | Cre a | |
| | | Alb | | Na | |
| | | T-Bil | | K | |
| | | GOT | | Cl | |
| | | GPT | | CRP | |
| | | Al-p | | FBS | |
| | | γ-GTP | | HbA1C | |
| | | T-CHO | | | |
| | | PT-INR (ワファリン服用者のみ) | | | |
| 医療行為 | <input type="checkbox"/> 点滴注射 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 朝 単位・夕 単位 自己注射 (可・不可) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 令和 年 月 日 | 医療機関名 住 所 電話番号 医師名 | | | | |