情　報　提　供　書（老健ショートステイ専用）

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

<table>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
年　　月　　日</td><td>歳</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td>ＴＥＬ</td><td></td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>既往歴
・
経　過</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医療行為</td><td colspan="5">□点滴注射　□ストマ処置　□酸素　□気管切開 □ペースメーカー　□疼痛管理
□経管栄養　□胃瘻　□ｲﾝｼｭﾘﾝ注射　朝　　単位・夕　　単位　自己注射（可・不可）
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内服薬処方</td><td rowspan="2"></td><td>ＨＢｓ検査
ＨＣＶ検査</td><td colspan="3">抗原　（　＋　・　－　）
抗体　（　＋　・　－　）
検査日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>胸部
Ｘ－Ｐ

※心疾患・肺疾患のある方</td><td colspan="3">所見

撮影日:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">令和　　年　　月　　日　　医療機関名
住　　所
電話番号
医 師 名　　㊞</td></tr>
</table>

(H27.6)