

お 願 い

日頃は当施設の運営に格別のご高配をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、ご多忙のところ誠に恐縮ですが、当施設を御利用される方の看護、介護に万全を期するため、別紙「情報提供書」への記入にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

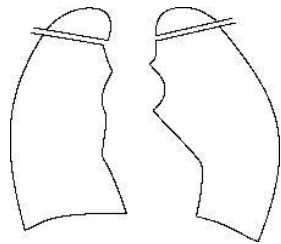
社会福祉法人 爽生会

介護老人保健施設 シェーンハイムやはば

施 設 長 沼 里 進

診療情報提供書

介護老人保健施設シェーンハイムやはば 苑

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
住所	(〒 -)	電話 ()	
診断名 (発症年月日)	※発症年月日の記載をお願いします。		処方内容※1 (外用薬のご記入もお願い致します)
既往歴 (発症年月日)			
現病歴			
四肢機能障害	有 () 無 ()	身長	cm 体重 kg
排尿・排便障害	有 () 無 ()	血圧	/ mmHg
精神機能障害(認知症)	有 (診断名: 年 月 日診断) 無 ()	脈拍	整 ・ 不整
BPSD(認知症の行動・心理症状)	有 () 無 ()	HDS-R(点 年 月 日実施)	
皮膚疾患(既住も含)	褥創 (有 ・ 部位) 無 ()	疥癬 (有 ・ 無)	白癬 (有 ・ 無)
禁忌・アレルギー	有 無		
食事形態	主食: 副食:	食事制限	有 () /kcal 無
胸部X線(※6)	(月 日 実施)	採血 (令和 年 月 日※1)	
1.異常なし		HBs抗原(※2)	1. (-) 2. (+)
2.所見あり		HCV抗体(※2)	1. (-) 2. (+)
		ワ氏	1. (-) 2. (+)
		RBC	WBC
		Hb	Plt
		BS	HbA1c(※3)
結核既往 (有 ・ 無)		AST(GOT)	TP
心電図 (安静時)	1.所見なし (月 日 実施) 2.所見あり	ALT(GPT)	Alb
		GGT(r-GTP)	LDL-C(※4)
		UN(BUN)	HDL-C(※4)
		CRE	TG
尿定性	蛋白() 糖() 潜血()	Na/K	UA
	白血球反応() ウロビリノーゲン()		
尿沈査	赤血球() 白血球()	CRP	PT-INR(※5)
	扁平上皮() 小円形上皮()		血液型(RH) ()型
	塩類() 細菌()		RH()
その他 特記すべき事項			

※ 申し込みの際は必ず胸部X線と感染症の項目記載をお願いします。(採血等は分かる範囲での記載をお願いします。)

※1) データについては資料を添付して頂いて結構です。

※4) LDL、HDLについては可能であればお願いします。

※2) HBs抗原、HCV抗体については新規ご利用時のみで結構です。

※5) PTについてはワーファリン内服の方のみで結構です。

※3) HbA1cについては糖尿病の方のみで結構です。

※6) 入所申込の方は胸部X線コピーの添付をお願いします。

上記の通り情報を提供します

令和 年 月 日

施設名および住所

電話
医師

Ⓜ