

情報提供書

光が丘老人保健施設
管理医師行

令和 年 月 日

所在地 _____
病院名 _____
医師名 _____ (印)
TEL () - _____

患者氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S
現住所			年 月 日 TEL () -
主病名	①		(発症 年 月)
	②		(発症 年 月)
	③		(発症 年 月)
	④		(発症 年 月)
既往症	①		(発症 年 月)
	②		(発症 年 月)
	③		(発症 年 月)
	④		(発症 年 月)
現症			
現処方			
患者に関する 注意事項			

胸部X-P	所見 (年 月 日撮影)
心電図	所見 (年 月 日撮影)
検 査	TP () Na () 梅毒反応 () TPHA () Alb () Cl () HBs抗原 () AST () K () HCV抗体 () ALT () HbA1c () 尿たんぱく (+ ・ 土 ・ -) HDL () WBC () 尿潜血 (+ ・ 土 ・ -) LDL () RBC () MRSA (+ ・ -) TG () Hb () +の場合場合、部位 () BUN () Hct () Cre () CRP ()
現 状 況	1. 四肢運動障害 { 上肢 (右 ・ 左) (麻痺 ・ 筋力低下) 下 肢 (右 ・ 左) (麻痺 ・ 筋力低下) 2. 言語障害 無 ・ 有 3. 嚥下障害 無 ・ 有 4. 褥 瘡 無 ・ 有 (部位) 5. 皮膚疾患 無 ・ 有 (部位) 6. 認知症 無 ・ 有 (症状) ※記憶障害・失見当・徘徊・思考障害・幻覚・せん妄・抑うつ状態 7. 薬剤過敏症 無 ・ 有 { 抗生物質 サルファ剤 ピリン系 その他 () 8. アレルギー 無 ・ 有 () 9. その他 酸素療法 無 ・ 有 気管切開 無 ・ 有 経管栄養 無 ・ 有 吸 引 無 ・ 有 留置カテーテル 無 ・ 有 人工肛門 無 ・ 有