

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