

施設療養情報提供書

地域密着型特別養護老人ホーム おおまや

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日	(歳)																														
病名(1)		年	月	日	認知症	無・有	()																														
(2)		年	月	日	褥瘡	無・有	()																														
(3)		年	月	日	麻痺	無・有	()																														
(4)		年	月	日	拘縮	無・有	()																														
(5)		年	月	日																																	
既往歴					食物・薬アレルギー 無・有 ()																																
現病及び検査結果																																					
																																					
心電図 所見 ()				X-P 所見 ()																																	
<p>☆下記 検査項目について、検査データの添付でも構いません。</p> <table border="1"> <tr> <td>白血球(WBC) []</td> <td>血糖 []</td> <td>GOT []</td> <td>LDLコレステロール []</td> <td>K []</td> </tr> <tr> <td>赤血球(RBC) []</td> <td>HbA1c []</td> <td>GPT []</td> <td>尿素窒素(BUN) []</td> <td>CRP []</td> </tr> <tr> <td>血色素(Hb) []</td> <td>総蛋白(TP) []</td> <td>LDH []</td> <td>尿酸(U-A) []</td> <td>尿蛋白 []</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット(Ht) []</td> <td>アルブミン []</td> <td>γ-GTP []</td> <td>カルシウム []</td> <td>尿糖 []</td> </tr> <tr> <td>血小板 []</td> <td>総ビリルビン []</td> <td>中性脂肪(TG) []</td> <td>Na []</td> <td>クレアチニン []</td> </tr> <tr> <td>白血球像 []</td> <td>ALP []</td> <td>HDLコレステロール []</td> <td>Cl []</td> <td></td> </tr> </table>								白血球(WBC) []	血糖 []	GOT []	LDLコレステロール []	K []	赤血球(RBC) []	HbA1c []	GPT []	尿素窒素(BUN) []	CRP []	血色素(Hb) []	総蛋白(TP) []	LDH []	尿酸(U-A) []	尿蛋白 []	ヘマトクリット(Ht) []	アルブミン []	γ-GTP []	カルシウム []	尿糖 []	血小板 []	総ビリルビン []	中性脂肪(TG) []	Na []	クレアチニン []	白血球像 []	ALP []	HDLコレステロール []	Cl []	
白血球(WBC) []	血糖 []	GOT []	LDLコレステロール []	K []																																	
赤血球(RBC) []	HbA1c []	GPT []	尿素窒素(BUN) []	CRP []																																	
血色素(Hb) []	総蛋白(TP) []	LDH []	尿酸(U-A) []	尿蛋白 []																																	
ヘマトクリット(Ht) []	アルブミン []	γ-GTP []	カルシウム []	尿糖 []																																	
血小板 []	総ビリルビン []	中性脂肪(TG) []	Na []	クレアチニン []																																	
白血球像 []	ALP []	HDLコレステロール []	Cl []																																		
感染症 <input type="checkbox"/> MRSA (-・+) : 検査部位<咽頭・鼻腔> <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> HBs抗原 (-・+) <input type="checkbox"/> HCV抗体 (-・+) <input type="checkbox"/> 疥癬 (-・+)																																					
今後診療に関する情報、及び施設利用に対する注意事項				処方内容																																	
身長: cm		体重: kg																																			

令和 年 月 日

病院名:
住所:
電話番号:
医師氏名: