


# 施設療養情報提供書

特別養護老人ホーム しらつか

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>加ビリルビン [ ]</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 [ ]	加ビリルビン [ ]	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 [ ]	加ビリルビン [ ]																																
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: