

施設療養情報提供書

特別養護老人ホーム やまき

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 ()					
☆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。											
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 []		カルシウム []			
白血球像 []		ALP []		HDL コレステロール []		Cl []					
感染症 ☐ MRSA (-・+) : 検査部位 < 咽頭・鼻腔 > ☐ その他 () ☐ HBs 抗原 (-・+) ☐ HCV 抗体 (-・+) ☐ 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 :