

施設療養情報提供書

令和 年 月 日

医療機関の所在地・電話及び名称

介護老人保健施設

葛飾ロイヤルケアセンター 施設長 殿

医師氏名

印

患者	氏名	フリガナ		男 ・ 女
		殿		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 生まれ (歳)		
紹介目的		利用区分	1. 入所 : 至急 ・ 通常 2. 短期入所 : 日間 3. 通所 : 週 回、 曜	
診断名	1	4		
	2	5		
	3	6		
	現在の要介護度 : 要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中			
現病歴及び現症				
	1 慢性的喀嗽	あり ・ なし	4 尿失禁	あり ・ なし
	2 慢性的便秘	あり ・ なし	5 便失禁	あり ・ なし
	3 インスリン注射	あり ・ なし	6 酸素吸入	あり ・ なし
既往疾患	1 薬剤・食物アレルギー (薬剤・食品名)			
				: あり ・ なし
	2 胃ろう (経管栄養)			
				: あり ・ なし
	3 ストーマ			
				: あり ・ なし
	4 てんかん・失神発作			
				: あり ・ なし
	5 喘息・呼吸困難			
				: あり ・ なし
他科 (眼科・精神科・整形外科・皮膚科など) の受診状況 (過去・現在)				

身体及び精神面に関する事項	<聴力> 難聴 あり・なし		<認知症の程度> あり（軽度・中度・重度）・なし	
	<言語障害> あり・なし		暴力行為、暴言 : あり・なし	
	<意思の疎通> 良好・やや困難・極めて困難		放尿（便器外） : あり・なし	
	<視力低下> あり・なし・失明		弄便（便こね） : あり・なし	
	<嚥下障害> あり・なし		徘徊 : あり・なし	異食 : あり・なし
	<身長> cm	<褥瘡> あり・なし	大声 : あり・なし（全日・昼間・夜間）	
	<体重> kg	<血圧> / mmHg	SPO ₂ %	その他 :
臨床検査所見	①血液検査（令和 年 月 日 実施）			
	白血球数 :	/μl	Ch-E :	IU/l
	赤血球数 :	万/μl	総コレステロール :	mg/dl
	Hb :	g/dl	BUN :	mg/dl
	Ht :	%	クレアチニン :	mg/dl
	血小板 :	万/μl	尿酸 :	mg/dl
	総蛋白 :	g/dl	Na :	mEq/l
	アルブミン :	g/dl	K :	mEq/l
	GOT :	IU/l	Cl :	mEq/l
	GPT :	IU/l	CRP :	mg/dl
	γ-GTP :	IU/l	血糖（空腹時） :	mg/dl
	②尿定性（令和 年 月 日 実施）		HbA1c（DMの方のみ） :	%
	蛋白 : +・±・-	糖 : +・±・-	潜血 : +・±・-	
	③感染症検査（令和 年 月 日 実施）			
	MRSA（咽頭・鼻腔・痰） : +・-		疥癬等 : +・-	
HBs抗原 : +・-	HCV抗体 : +・-	TPHA定性 : +・-		
④心電図所見 異常 : あり・なし 不整脈 : あり・なし				
胸部X線所見	撮影年月日（令和 年 月 日）特に結核性病変の有無をご記入ください			
	※ 3ヶ月以内のもの			
現在の処方	1（特殊薬）	4	7	
	2	5	8	
	3	6	9	

（お願い） お手数ですが、当施設ご入所時の心身状況把握の為、ご記入お願い致します。
 ご多用のところ、大変恐縮です。宜しく願い申し上げます。