

# 療 養 情 報 提 供 書

都老健北多摩南ブロック版 Ver.1

利用者氏名  様	性別 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往症（発症時期）及び症状・症状経過			
処方薬			
要 介 護 度	申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
日常生活自立度	障 害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	問題行動 無・有（ ）

## 検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡（部位）	その他（ ）
採血／検尿日				年	月	日
尿検査（蛋白： ）（糖： ）（潜血： ）				心電図		
				年 月 日		
血 算	WBC		CRP	所 見		
	RBC		BS	X線撮影		
	Hb		Hb(A1c)	年 月 日		
生 化 学	TP		感 染 症	HBs	(+・-) 未検	所 見
	Alb			HCV	(+・-) 未検	
	GOT			MRSA	(+・-) 未検	
	GPT				部位（ ）	
	BUN			梅毒	(+・-) 未検	
	Cr			その他		
	Na		そ の 他		*X線検査は3ヵ月以内のものをお願い致します。	
	K				処置 膀胱留置カテーテル・経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・(その他)	
	Cl					

\* 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

介護老人保健施設アルカディア 宛 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名 科 印