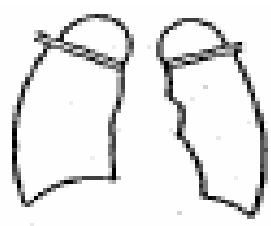


療養情報提供書

介護老人保健施設 アゼリア / ウイング / オキドキ

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・ a・ b・ a・ b・ 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	平成 年 月 日			血圧 / （脈； ）				
尿検査（蛋白： ）（糖： ）（潜血： ）				心電図 平成 年 月 日				
血算	WBC		血算	CRP	所見			
	RBC			BS				
	Hb			Hb(A1c)	X線撮影 平成 年 月 日			
生化学	TP		生化学	T.C	所見 			
	Alb			LDL				
	GOT			HDL				
	GPT			T.G				
	BUN		感染症	HBsAg			（ + ・ ）	
	Cr			HCV			（ + ・ ）	
	Na			MRSA			（ + + + + ・ ） 部位（ ）	
	K		他	梅毒			（ + ・ - ）	
	Cl							
	Fe							
UA				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）				

全てのデータは、3ヶ月以内のものをお願い致します。尚、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

宛

平成 年 月 日

医療機関等名

所在地

医師名 科 印