

施設療養情報提供書

佐賀中部病院附属介護老人保健施設 利用申込書

氏名	性別〈 〉	生年月日	〈 歳〉
病名①		年 月 日	発症
病名②		年 月 日	発症
病名③		年 月 日	発症
病名④		年 月 日	発症
現病歴と入院経過			
現在の内服薬（電子カルテ内のお薬控え印刷で可）		既往歴	
		高血圧	〈 歳頃
		糖尿病	〈 歳頃
		脳出血、脳梗塞	〈 歳頃
		心筋梗塞	〈 歳頃
		気管支喘息	〈 歳頃
		結核	〈 歳頃
		その他	〈 歳頃
日常生活動作の状況		身体障害の状況	
寝返り		麻痺	（
起座		嚥下障害	（
食事			
排泄			
歩行			
入浴			
着脱衣			
痴呆状態			
長谷川式スケール		〈 点〉	
問題行動		〈 〉	
精神状態			
特記事項及びその他			
要介護度	要介護 〈	要支援	

末梢血液一般 (最新のものをお願いします)			心電図所見				
平成	年	月				日	検査
WBC						/mm ³	
RBC						× 10	
Hb						g/dl	
Ht						%	
Plt				104			
生化学的検査			胸部X線写真				
総蛋白						g/dl	
アルブミン						g/dl	
BUN						mg/dl	
Cre						mg/dl	
Na						mEq/l	
K						mEq/l	
Cl						mEq/l	
T-BiL						mg/dl	
GOT						IU/l	
GPT				IU/l			
LDH				IU/l			
ALP				IU/l			
空腹時血糖				mg/dl			
CRP				mg/dl			
※PT活性							
			*CT検査していただければご記入下さい				
			*梅毒				
			RPR法				
			(
			HCV抗体				
			HBs抗原				
			*HBs抗体				
			結核性疾患				
身長		cm		MRSA感染症			
体重		kg		疥癬			

*...データがある場合はご記入下さい。
 ※...ワーファリンを内服されている場合のみご記入下さい。

平成 年 月 日

貴院名(貴施設名)

医師名

Ⓔ