

# 施設療養情報提供書

介護老人保健施設 プランタンおおま  
施設長

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

患者	氏名	様	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	満( )歳

紹介目的			
診断名	(1)	(4)	(5)
既往症	薬剤アレルギー ( )		
現病及び現症			

A D L 等	歩行	独歩	一本杖	シルバーカー	歩行器	車椅子(自走 半介助 全介助)	
	食事	自立	半介助	全介助	胃管カテーテル		
	排泄	自立	半介助	ポータブル	オムツ(終日、夜間のみ) 尿カテ留置		
	衣服着脱	自立	半介助	全介助			
	入浴	自立	半介助	全介助 機械浴			
	認知症	無	有(軽度	・ 中度	・ 高度	・ 非常に高度)	
	周辺症状	無	有(暴言	暴力 大声	不潔行為	脱衣 異食 妄想 徘徊)	
	褥瘡	無	有(部位	大きさ	深さ	処置内容)	
			実施日	所見 (下記以外にもできるだけ多く情報をいただければ幸いです)			
①	感染症	年月日	HBs抗原(+,-) HCV(+,-) 皮膚感染症疾患(疥癬 白癬症 他 部位) MRSA(痰・尿・膿)(+,-) ツベルクリン (陽 $\frac{\times}{\times}$ , 陰)				
②	脳CT	年月日					
③	胸部XP	年月日					
④	画像診断	年月日					
⑤	尿検査	年月日	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )				
⑥	便培養	年月日	症状のある場合のみ(赤痢・サルモネラ・病原大腸菌)				
⑦	心電図	年月日					
⑧	血圧	年月日	/				
⑨	血液検査	年月日					
	白血球	赤血球	ヘモグロビン	ヘマトクリット	血小板数	総蛋白	
	GOT	GPT	LDH	$\gamma$ -GTP	Al-p	T. chol	
	アミラーゼ	BUN	クレアチン	Na	K	Cl	
	血糖	特記すべきデータ			食事制限	無 有( )	
		TSH	HbA1C				
現在の処方							