

施設療養情報提供書

グループホーム 桐の家
施設長 殿

年 月 日

療養機関の所在地

名 称

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) (2) (5) (3)
既 往 症	薬剤アレルギー ()
現病及び現症	

A D L 等	歩行	: 独歩 杖使用可 介助 車椅子 シルバーカー 歩行器 歩行不可					
	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(全、夜) カテーテル					
	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					
	痴呆	: 無 有 (軽度 ・ 中度 ・ 高度 ・ 非常に高度)					
	褥瘡	: 無 有 (部位)					
		実施日	所見 ①は必須です。他は必要に応じて結構ですが 下記以外にもできるだけ多くの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(+, -) MRSA(痰・尿・膿)(+, -)				
	② 脳CT所見	年 月 日					
③ 胸部X-P	年 月 日						
④ 画像診断	年 月 日						
⑤ 尿検査	年 月 日	蛋白 () 糖 () 潜血 ()					
⑥ 便細菌培養	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						
	赤血球	白血球	Hb	Ht	血小板数	総蛋白	GOT
	GPT	LDH	γ-GTP	Al-p	T. chol	CPK	AMY
	BUN	クレアチン	Na	K	Cl	CRP	血糖
食事制限	無 有 ()						
今の処方							