

# 施設療養情報提供書（入所・短期入所療養介護用）

医療法人社団松和会  
老人保健施設 ききょう苑 宛

20 年 月 日

住所

電話番号

医療施設名

医師氏名

科

(印)

ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	
患者住所		電話番号		
傷病名（発病年月日）				
病状及び治療経過				
尿酸値 号数 Fr 尿カテテル 有 無 ・胃ろう 有 無 ・吸引処置 有 無 ・食事（普通・刻み・とろみ） ・水分のトロミ 要 不要				
既往歴、発病年月日				
アレルギー（薬・食物など） 有 無 結核の既往 有 無				
現在の処方（詳細をお願いします） 内服、注射、外用薬全て他科併診あればそれも含めて全てご記入下さい。				
利用中に注意すべき事項、リハビリ必要性及び実施状況			感染の症状がある場合には、培養をお願いします MRSA 無・有 緑膿菌 無・有 その他の菌 ワッセルマン反応 ガラス板凝集法 TPHA	
年 月 日 検査実施		アルブミン	HBs抗原	
血液	白血球数	総コレステロール	Hc v抗体	
	赤血球数	中性脂肪	CRP	
	血色素数	BUN	尿	蛋白
	ヘマトクリット	クレアチニン		糖
	血小板数	尿酸		潜血
	HbA1C		血糖	
血圧：		脈拍： /分 ・不整 有 無		
心電図 所見：		精神疾患・認知症 有 無 HDS-R： /30  徘徊 有 無 暴言、大声 有 無		
胸部X線-P所見：（CT等の所見があれば、併せてご記入をお願いします。）		皮膚疾患  褥瘡 有 無 疥癬 有 無		