

健康情報提供書

(紹介状・診断書)

年 月 日

医療法人アエバ会
介護老人保健施設
すこやか生野 施設長 宛

医療機関名
所在地
電話番号
担当医師名

印

次の通り貴施設への入(通)所者を紹介し、健康情報を提供いたします

ふりがな 氏名		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生	(歳)
現住所	TEL - -				
既往症					
診断名	1	発症年月日 (年 月 日頃)			
	2	発症年月日 (年 月 日頃)			
	3	発症年月日 (年 月 日頃)			
	4	発症年月日 (年 月 日頃)			
	5	発症年月日 (年 月 日頃)			
現病歴					
処方内容					

皮膚疾患	・なし 湿疹(部位:) ・あり 褥瘡(部位:) 疥癬(部位:)				
四肢及び運動機能障害					
精神状況	認知症の有無(有の場合)認められる状態 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 一人で戻れない <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 失語・構音障害 <input type="checkbox"/> その他()				
血圧	/ mmHg		血液型	型RH(-・+)	
尿検査	糖()	蛋白()	ウロビリノーゲン()	< 月 日実施 >	
身長	Cm	体重	/Kg	アレルギーあり()	なし
血液検査	白血球 () 総コレステロール () 赤血球 () クレアチニン () ヘモグロビン () 尿素窒素 () 血清総蛋白 () Na () GOT () K () GPT () 血糖 () CRP () アルブミン () その他病名について参考になる所見をご記入下さい。 < 月 日実施 > 糖尿病のある方には HbA1c /日Kcal値を教えてください < 月 日実施 >				
心電図	・異常あり 所見 ・異常なし < 月 日実施 >				
胸部X線	・異常あり 所見 ・異常なし < 月 日実施 >				
感染症検査	HBs抗原(-・+) HCV抗体(-・+) Wa-R(-・+)				
当施設での療養上のご意見・ご要望	<input type="checkbox"/> 今後のリハビリによるフォローの必要性 有・無 <input type="checkbox"/> 通所リハビリの必要性 有・無 リハビリ実施における注意点				

※直近3ヶ月以内のデータで、全項目に記載お願い致します