

健康情報提供書

(紹介状・診断書)

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医 宛

電話番号

担当医師名

印

次の通り貴施設への利用者を紹介し、健康情報を提供いたします。

ふりがな		男	大正	年	月	日
氏名		・	昭和		(歳)
現住所	〒 TEL: - -					
既往歴						
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:) 褥 瘡 (部位:) ・あり 疥 癬				
四肢及び運動機能					
精神状況	認知症の有無(有の場合)認めらる状態 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> ひとり歩き <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"/> 異食行為 <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		A・B 型 RH(- ・ +) O・AB	
尿検査	糖	蛋白	ウロビリノーゲン	実施日	
	()	()	()	(月 日)	
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	()	
※別紙がある場合	GPT	()	血糖	()	
	CRP	()	アルブミン	()	
ご記入は不要です	その他の病名について参考になる所見をご記入下さい。				(月 日)
	糖尿病のある方には		HbA1c		
	/日 Kcal値を教えてください。			(月 日)	
心電図	・異常あり 所見 ・異常なし		(月 日)		
胸部X線	・異常あり 所見 ・異常なし		(月 日)		
感染症検査	HBs抗原(- ・ +)		Wa-R(- ・ +)		
	HCV抗原(- ・ +)				
当施設での療養上のご意見・ご要望	<input type="checkbox"/> 今後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				