

医療情報提供書(川口市介護老人保健施設共通書式)

かわぐちナーシングホーム

ふりがな		男 女	大正・昭和
氏名			年 月 日(歳)
住所	電話 ()		

病名	既往歴

経過

【HDS-R: 点 / 年 月 日実施】

処方内容

(検査日 年 月 日)

身長	cm	体重	kg	尿検査	蛋白(-・±・+)	糖(-・±・+)
血圧	/		mmhg		潜血(-・±・+)	
脈拍	~		/分	便検査	潜血(-・±・+)	

RBC	$\times 10^4 / \mu\ell$	LDH	IU/L	TP	g/dℓ	CRP	mg/dℓ
WBC	$/ \mu\ell$	ALP	IU/L	Alb	g/dℓ	BNP (心不全の方)	pg/ml
Hb	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	Na	mEq/ℓ	HBs抗原	(-・±・+)
Ht	%	Cr	mg/dℓ	K	mEq/ℓ	HCV抗体	(-・±・+)
PLT	$\times 10^4 / \mu\ell$	UA	mg/dℓ	Cl	mEq/ℓ	TPHA	(-・±・+)
AST(GOT)	IU/L	HDL-cho	mg/dℓ	FBS	mg/dℓ	MRSA	(- ・ ± ・ +) 部位:
ALT(GPT)	IU/L	LDL-cho	mg/dℓ				
γ -GTP	IU/L	TG	mg/dℓ	HbA1C (糖尿病の方)	%		

医療行為 胃ろう・膀胱カテーテル・人口肛門・その他()

皮膚疾患 疥癬・褥瘡(部位 / 大きさ cm × cm / 深度)・その他()

胸部X-p所見(年 月 日撮影)	心電図所見
肺野所見CTR= %	正常・異常 (異常の場合はコピーを添付)

インフルエンザワクチン 年 月 日 施行・未施行

肺炎球菌ワクチン 年 月 日 施行・未施行

通所リハビリの可否(可・否)

リハビリへの注意事項(有・無) 有りの場合記載:

令和 年 月 日 医療機関名

住所

電話番号

担当医

印