

施設療養情報提供書

社会福祉法人 パール
 福祉総合プラザ 施設長殿
 〒150-0035 東京都渋谷区鉢山町 3-27
 TEL 03-5458-4811

医療機関の所在地
 および名称
 電話番号
 医師氏名

平成 年 月 日


_____ 印

※この施設療養情報提供書の有効期限は1年です。

フリガナ 氏名	殿	性別	男・女	生年月日 (年齢)	M・T・S	年	月	日	(歳)
病名	#1 #2 #3			#4 #5 #6					
現病歴 及び 現症									
既往歴	薬剤アレルギー：								
処方	薬剤名・用量・用法								

注意事項 ・ 医療的 処置	認知症 有・無	◆血液 年 月 日		◆尿定性 年 月 日	
	認知症の程度	CRP	総ビリルビン	蛋白	
	<input type="checkbox"/> 点滴	白血球数	総コレステロール	糖	
	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル	赤血球数	中性脂肪	潜血	
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	Hb	BUN		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	Hct	クレアチニン	◆感染症 過去のデータがあれば	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	血小板	尿酸	HBS 抗原 (+・-)	
	<input type="checkbox"/> 吸引, 吸入	総蛋白	Na	HCV 抗体 (+・-)	
	<input type="checkbox"/> その他	アルブミン	K	TPHA (+・-)	
		GOT	Cl		
心電図	年 月 日	GPT	血糖		
		γ-GTP			

◆胸部X線は必ずご記入ください。高齢者が共同生活をしますので、X線で何らかの異常がある場合、喀痰検査をお願いします。

胸部X線	撮影 年 月 日
	No. 

◆特別感染症 年 月 日		
結核菌 喀痰検査 (塗抹・培養・PCR)	(+・-)	未検
MRSA	(+・-)	未検
疥癬	(+・-)	未検

※提供書提出後に心身の状況の変化した場合は、再検査をお願いすることがあります。