

健康情報提供書

医療法人 越宗会 介護老人保健施設

玉串すみれ苑 施設長宛

〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2-3

TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552

ふりがな				男・女	明・大・昭
氏名					年 月 日 (歳)
住所	〒				
	電話 () -				
身長	cm	体重	kg	血压	/ mmHg
					脈拍 /分
現在の病 気及び 治療内容			既往歴		
処方内容					
四肢 及び 運動機能 障害			精神状態	認知症 (なし 軽度 中度 重度) 【所見】	
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり : 褥瘡・湿疹・疥癬・その他() : 部位・程度()				
尿検査	蛋白() 糖() 潜血()		実施日: 年 月 日		
感染症	HBs抗原(定性)(+・-)		TPHA定性(+・-)	HCV抗体 (+・-)	
	実施日: 年 月 日				
血液検査	・白血球 ($10^2/\mu\ell$) ・赤血球 ($10^4/\mu\ell$) ・ヘモグロビン (g/dℓ) ・ヘマトクリット (%) ・血小板 ($10^4/\mu\ell$) ・アルブミン (g/dℓ)	・血清総蛋白 (g/dℓ) ・AST(GOT) (u/ℓ) ・ALT(GPT) (u/ℓ) ・CRP(定量) (mg/dℓ) ・CRP(定性) (+・-) ・Na (mEq/ℓ) ・cl ()	・K (mEq/ℓ) ・BUN (mg/dℓ) ・クレアチニン (mg/dℓ) ・尿酸 (mg/dℓ) ・血糖 (mg/dℓ)	検査日: 年 月 日	
胸部X線	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】		撮影日: 年 月 日		
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】		検査日: 年 月 日		

上記の通り診断いたします。

医療機関名 :

平成 年 月 日

所在地 :

担当医氏名 :

※3ヶ月以内のデータでお願いいたします。

