健康情報提供書（入所）

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 年　月　日（　歳）		
氏 名					
住 所	〒 電話（　）　－				
身 長 cm	体重 kg	血圧 ／ 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	□ 異常なし □ 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（＋・－）　TPHA抗体（＋・－）　HCV抗体（＋・－ 実施日：　年　月　日				
血液検査	白血球（10^2/μℓ） 赤血球（10^4/μℓ） ヘモグロビン（g/dℓ） ヘマトクリット（%） 血小板（10^4/μℓ） 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） クロール（mEq/ℓ）	カリウム（mEq/ℓ） 尿素窒素（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	□ 異常なし　□ 異常あり 【所見】 撮影日:　年　月　日				
心電図	□ 異常なし　□ 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　：

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。

健康情報提供書（短期入所療養介護）

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 年　月　日（　歳）		
氏 名					
住 所	〒 電話（　）　－				
身 長 cm	体重 kg	血圧 ／ 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	□ 異常なし □ 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（＋・－）　TPHA抗体（＋・－）　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） クロール（mEq/ℓ）	カリウム（mEq/ℓ） 尿素窒素（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	□ 異常なし　□ 異常あり 【所見】 撮影日:　年　月　日				
心電図	□ 異常なし　□ 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　：

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。