## 健康情報提供書(入所)

**玉 串 す み れ 苑** 〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2−3 TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552 施設長宛

ふりがな					明	・大・	昭				
				•							
氏名				女		_			. /	,,,	
	_					年	<u>月</u>	E	(	歳	;)
	₸										
住所											
						電託	(	)		_	
<del></del>						電話		)	Ι		
身長		cm	体重	kg	血圧	<u>-</u>		mmHg	脈拍		/分
		C111		178	-			1g			/ /3
現在の病				H	工分展						
気及び 治療内容				5	托往歷						
111/1/11/11											
処方内容											
				ı		⇒刃 左n i=	( +	.ì #▽	· 庄 · -	市 ==	会库 \
四肢						認知症【所見】	(な	レ 牲	渡 中	度 重	重度 )
及び				粽	神状態	【別兄】 					
運動機能				作	1十八/忠						
障害											
	□ 異常な	<u> </u>		·							
皮膚疾患			<b>產</b> • 湿疹	• 疥癬 • >	その他(						)
		:部4		771 WM	~ · ~ ¡Ľ (	•					) <sup>′</sup>
	蛋白(	)	糖(	) 法	益(		)				/
尿検査	<del>                                    </del>	,	<b>1</b> /□ \	/ 1	1 TITE /	\$	<i>,</i> 尾施日:		年	月	日
	HBs抗原	( +	• -	) TPHA抗	休 (	<del></del>		HCV:	<del></del> 抗体(	<u> </u>	. <sub>–</sub>
感染症	111037/1/75	, 1		/ 1111/31/6	r <b>+</b> (	1	,	110 V	1) r l,+,, (	'	
心木川						生	ミ施日		年	月	日
<u> </u>	白血球	(	102 / 2	<b>血油炒</b> 和	<u>'</u>			<u>:</u> カリウ、		<u> </u>	
	1 ' '	(	$10^2/\mu \ \ell$				g/dl)			(	mEq/ℓ)
	赤血球 ヘモグロビン	(		AST(GO				尿素窒		(	mg/dℓ)
血淀粉末		(	g/dℓ)	ALT(GP			u/0)		チニン	(	mg/d0)
	ヘマトクリット	(	%)	CRP(定		m	g/dl)	尿酸	(	(	mg/dl)
	血小板	(	$10^4/~\mu$ Q)	CRP(定	注)(		)	血糖	(	(	$mg/d\ell)$
	アルブミン	(	$g/d\ell$ )	Na	(		Eq/ $\ell$ )				
	- H 37. 3		H W : :	クロール	(	m	Eq/l)	検査日	: 4	年 月	日
	□ 異常なし		異常あり								
胸部X線	【所見】										
THE PHAZZION											
						揖	影日:		年	月	日
	□ 異常なし		異常あり								
万鲁四											
心電図	【所見】	_									
心電図						梢	食査日:		年	月	日

上記の通り診断いたします。 医療機関名:

所在地 : 年 月 日

担当医氏名:

※3ヶ月以内のデーターでお願いいたします。

## 健康情報提供書(短期入所療養介護)

玉 **串 す み れ 苑** 〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2-3 TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552 施設長宛

			———男	明	・大	• 昭				
氏名										
八石			女		年	月	日	I (	歳	)
	₸									
住所										
					電話	(	)			
身長	cm	体重	kg	血田	<u>.</u>	/	mmHg	脈拍	1	/分
	CIII		NS NS				IIIIII Ig			/ //
現在の病										
気及び 治療内容			即	往歷						
1口次171分										
処方内容										
四肢					認知症	( な	し軽	度中	中度 重	度 )
及び			火= 5	伸状態	【所見】					
運動機能 障害			<b>个</b> 月1	中小吃						
中唐伊田	□ 異常なし									
				- mlih 1	•					\
皮膚疾患		• •	・ 疥癬 ・ そ	との他(						)
	□ 異常あり :褥   :部  蛋白( )	• •		たの他( <u>・</u> 血(		)				)
尿検査	:部 蛋白( )	位 · 程度( 糖(	) 潜	· <u></u>	5	)    実施日:		年	月	) ) 日
尿検査	: 部	位 · 程度( 糖(		· <u></u>		,	HCV:	<u>年</u> 抗体(		) 月 一
	:部 蛋白( )	位 · 程度( 糖(	) 潜	· <u></u>	+ •	<u> </u>   上   一 )		抗体(	+ •	_
尿検査	:部 蛋白( )	位 · 程度( 糖(	) 潜	本 (	+ •	,		抗体( 年	月 十 • 月	) ) 目 用 mEq/0)
尿検査	:部 蛋白( ) HBs抗原 ( ¬ 白血球 ( 赤血球 (	位 ・ 程度( 糖( ト ・ -	) TPHA抗f 血清総蛋 AST(GO	本 ( 白 ( 下) (	+ •	医施日: - ) 医施日 g/d0) u/0)	: カリウ, 尿素等	抗体( 年 ム <sub>と素</sub>	+ • 月 ( (	— 目
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) HBs抗原 ( - 白血球 ( 赤血球 ( ヘモグロビン (	位・程度( 糖( ト・一 10²/μℓ) 10⁴/μℓ) g/dℓ)	) TPHA抗f 血清総蛋 AST(GO ALT(GP	本 (	+ •	実施日: - ) 実施日 g/dl) u/l) u/l)	: カリウ、 尿素窒 クレア	抗体( 年 ム	+ • 月 ( (	日   mEq/ℓ)   mg/dℓ)   mg/dℓ)
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) HBs抗原 ( 一 白血球 ( 赤血球 ( ヘモグロビン ( ヘマトクリット (	位・程度( 糖( ・ - - 10 <sup>2</sup> /μ0) 10 <sup>4</sup> /μ0) g/d0) %)	) TPHA抗仁 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定:	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ •	医施日: - ) E施日 g/d0) u/0) u/0) u/0)	: カリウ. 尿素窒 クレア 尿酸	抗体( 年 ム <sub>と素</sub>	+ • 月 ( (	H   mEq/\(\ell\)   mg/d\(\ell\)   mg/d\(\ell\)   mg/d\(\ell\)   mg/d\(\ell\)   mg/d\(\ell\)
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) HBs抗原 ( ¬ 白血球 ( 赤血球 ( ヘモグロビン ( ヘマトクリット ( 血小板 (	位・程度( 糖( - * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	) 潜 ) TPHA抗伯 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定)	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • ·	実施日: - ) 実施日 u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ)	: カリウ、 尿素窒 クレア	抗体( 年 ム <sub>と素</sub>	+ • 月 ( (	日   mEq/ℓ)   mg/dℓ)   mg/dℓ)
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) HBs抗原 ( 一 白血球 ( 赤血球 ( ヘモグロビン ( ヘマトクリット (	位・程度( 糖( ・ - - 10 <sup>2</sup> /μ0) 10 <sup>4</sup> /μ0) g/d0) %)	) TPHA抗仁 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定:	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • m	<u>に関わられています。</u> (E施日: (DE	: カリウ. 尿素窒 クレア 尿酸	抗体( 年 ム 乏素 チニン	+ • 月 ( (	H   mEq/\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\)
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( ) 赤血球 ( ) ヘマトクリット ( ) 血小板 ( ) アルブミン ( ) 口 異常なし □	位 ・程度( 糖( - * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • m	実施日: - ) 実施日 u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ) u/ℓ)	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 乏素 チニン	+ <b>月</b> ( ( ( ( ( (	H   mEq/\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\)
<b>尿検査</b> 感染症	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( ) 赤血球 ( ) ヘマトクリット ( ) 血小板 ( ) アルブミン ( )	位 ・程度( 糖( - *	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • m	<u>に関わられています。</u> (E施日: (DE	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 乏素 チニン	+ <b>月</b> ( ( ( ( ( (	H   mEq/\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\)
尿検査 感染症 血液検査	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( ) 赤血球 ( ) ヘマトクリット ( ) 血小板 ( ) アルブミン ( ) 口 異常なし □	位 ・程度( 糖( - *	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	E施日:  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  (	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 素 チニン :	+ <b>f</b> ( ( ( ( ( ( 年 月	日 mEq/ℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ)
尿検査 感染症 血液検査	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( ) 赤血球 ( ) ヘマトクリット ( ) 血小板 アルブミン ( ) 口 異常なし	位・程度( 糖( **********************************	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u>に関わられています。</u> (E施日: (DE	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 乏素 チニン	+ <b>月</b> ( ( ( ( ( (	H   mEq/\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\) mg/d\(\ell\)
尿検査 感染症 血液検査 胸部X線	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( )	位・程度( 糖( **********************************	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	E施日:  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  (	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 素 チニン :	+ <b>f</b> ( ( ( ( ( ( 年 月	日 mEq/ℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ)
尿検査 感染症 血液検査	:部 蛋白( ) ) HBs抗原 ( ) 白血球 ( )	位・程度( 糖( **********************************	) TPHA抗体 血清総蛋 AST(GO' ALT(GP' CRP(定 CRP(定 Na	<b>自</b> (Γ)( <b>Γ</b> )( <b>L</b>	+ • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	E施日:  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  ( )  (	: カリウ・ 尿素窒 クレア 尿酸 血糖	抗体( 年 ム 素 チニン :	+ <b>f</b> ( ( ( ( ( ( 年 月	日 mEq/ℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ) mg/dℓ)

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: