情　報　提　供　書

介護老人保健施設
エバーグリーン

フリガナ 氏　　名	男・女	明治・大正・昭和 年　　月　　日生（　　才）
〒 住　　所		
診断名		
経　　過（既往歴、現病歴）　手術の　無　・　有　（　　）		
すでに検査済みであれば、下記にご記入ください。 検査年月日もご記入ください。 胸部Ｘ－Ｐ（結核検診）　未　・　不明　・　有（　　） ＨＢｓ抗原（　　）　血清梅毒反応（　　） ＨＢｓ抗体（　　）　アレルギー　（　　） ＨＣＶ抗体（　　）　禁忌薬　（　　） ＭＲＳＡ　（　　）　褥　瘡　（　　） 検　　体		
現在の治療と処方内容等		
食事療法｛ 無 ・ 有 ｝	身長：　　cm 体重：　　kg	
入浴、移動、送迎、リハビリ等に関する注意事項 ・入浴は｛Ｂｐ＝　　以上 Ｋｔ＝　　以上｝不可　　・リハビリはＢｐ＝　　以上不可		
合併症（糖尿病、心疾患等）の状態と治療内容		
他科受診の有無　☐有　　☐無 （有の場合）☐内科　☐精神科　☐外科　☐整形外科　☐脳神経外科　☐神経内科　☐皮膚科　☐眼科 ☐泌尿器科　☐耳鼻咽喉科　☐婦人科　☐歯科　☐その他（　　）		

記入日　　令和　　年　　月　　日

医療機関
所 在 地
電話番号　　（　　）
医　　師