

# 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 ( )		
<p>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。</p> 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 }	アルブミン値 ( ) ※作成時に必ず測定してください。	
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 } 不可 { Kt = 以上 } ・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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

記入日 年 月 日

医療機関  
所在地  
電話番号 ( )  
医 師