

医療情報提供書（だいな紫塚ケアホーム入居用）

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	明 大 昭 年 月 日 歳
住 所	〒 電 話 ()		
要介護度等	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
身長	cm	脈拍数	回/分 不整脈 無 ・ 有
体重	kg	検 尿	蛋白 () ・ 糖 () ・ 潜血 ()
血 圧	/ mmHg	感染症	無 ・ 有 (疥癬 ・ MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎)
褥 瘡	無 ・ 有 部位 ()	アレルギー	無 ・ 有 ()
(現病歴)		(既往歴)	
胸部X線 ※3か月以内に撮影したもの 撮影日 年 月 日 異常なし ・ 異常あり ()			
検査所見	白血球	個/mm ³	ヘモグロビン g/dl
	赤血球	個/mm ³	血小板 万/mm ³
	GOT	IU/l	BUN mg/dl
	GPT	IU/l	Cr mg/dl
	γGTP	IU/l	HbA1C %
	血糖	mg/dl	
認知症の有無 無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)		精神状況 無 ・ 有 ()	
現在の治療・投薬内容			
特記事項 (問題行動等があれば記入してください)			
(住 所)		平成 年 月 日	
(医療機関名)			
(医 師 名)			