

介護老人保健施設あうん高知 情報提供書

御本人	住所			
	氏名	〔 男 ・ 女 〕 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生		
現疾患				
主な既往症				
体格	身長	cm	・ 体重	kg [BMI:]
栄養状態	良 ・ 可 ・ 不良			
胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり ()			
心電図	<input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 異常所見あり ()			
血圧	— mmHg			
その他	受け入れ上の注意、特記すべき身体状況等があれば、ご記入ください。 処方情報は処方箋のコピー等を添付いただくか、下記にご記入ください。			
リハビリテーション	要 ・ 不要			

血液検査 (結果のコピーで 代用可)	RBC	Hb	血小板
	血糖	mg/dl	血清アルブミン
	肝機能検査		腎機能検査
尿検査		蛋白 []	糖 []
感染症	HBs 抗原 []	HCV 抗体 []	RPR [] TPHA [] その他 []
アレルギー	薬品 無 ・ 有 []		食品 無 ・ 有 []
記載日	令和	年	月 日
所在地			
医療機関名			Tel
医師氏名			Ⓜ

検査結果等の添付にご使用下さい