

紹介状（兼）健康情報提供書

介護老人保健施設

れいんぼう夕陽丘 施設長様

令和 年 月 日

医療機関名：

所在地：

電話：

医師名：

フリガナ	性	<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
氏名	別	<input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日(歳)
住所	〒	電話		

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	紹介目的 <input type="checkbox"/> 1. 入所のご利用 <input type="checkbox"/> 2. 短期入所のご利用 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()
-------------------------	--

症状経過、治療経過、既往歴及び家族歴

薬剤禁忌 無 有 ()

現在の処方 別紙にご参照

要介護状態区分： 要支援 1 2 申請中 要介護 1 2 3 4 5

障害高齢者日常生活自立度（寝たきり度）：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動（ADL）の状況

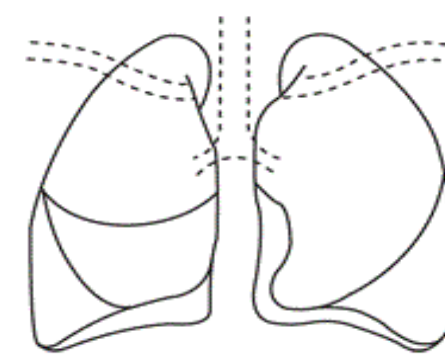
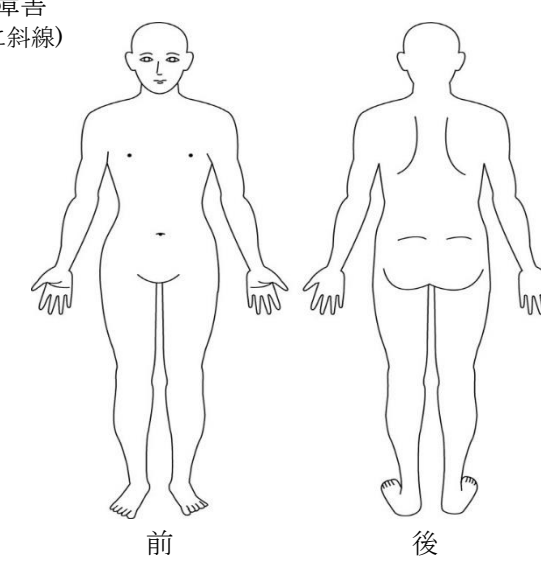
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題

備考

計測	身長： cm	体重： Kg	血圧： / mmHg
血液 尿検査	血液検査 <input type="checkbox"/> 別紙にご参照		
	GOT () IU/L	総蛋白 () g/dl	
	GPT () IU/L	白血球 () 10 ² /μL	
	総コレステロール () mg/dl	赤血球 () 10 ² /μL	
	BUN () mg/dl	Hb () g/dl	
	クレアチニン () mg/dl	Ht () %	
	尿酸 () mg/dl	血小板 () 10 ⁴ /μL	
	Na () mEq/l	尿検査	
	K () mEq/l	蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
	FBS () mg/dl	糖 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	
HbA1c () %	%糖尿病患者のみ		
アルブミン () g/dl	潜血 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
感染症	HBs抗原 定性： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	HCV(Ⅲ)抗体： <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	

胸部X線写真： <input type="checkbox"/> 別紙にご参照	四肢運動障害 (障害部位に斜線)
	
撮影年月日： 年 月 日	前 後
所見：	障害名：
心電図所見： <input type="checkbox"/> 別紙にご参照	障害の程度：
皮膚疾患	原因疾患：
<input type="checkbox"/> 無し	原因疾患： <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群
<input type="checkbox"/> 褥瘡： 部 位	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 湿疹：	嚥下造影や嚥下内視鏡をされていた場合、その所見も教えてください。
<input type="checkbox"/> 疥癬：	
<input type="checkbox"/> その他：	
	嚥下障害
	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 症状：