

健康情報提供書

(紹介状・診断書)

年 月 日

社会医療法人 大道会 介護老人保健施設

グリーンライフ 担当医 宛

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

次のとおり貴施設への入(通)所者を紹介し、健康情報を提供いたします。

ふりがな		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	(歳)
氏名							
現住所	〒						
既往歴							
主病名	① ② ③ ④ ⑤						
現病歴							
処方内容							

皮膚疾患	・なし 湿疹 (部位) ・あり 褥瘡 (部位) 疥癬 (部位)				
四肢および運動機能障害					
精神の状況	・認知症 (なし・軽・中・高) ・行動障害 なし・あり ()				
身長	cm	体重	kg	アレルギー	あり ()・なし
血圧	／ mmHg			血液型	型RH -・+
尿検査	糖 () 蛋白 () ウロビリノーゲン () (月 日実施)				
血液検査	白血球 () 総コレステロール () 赤血球 () クレアチニン () ヘモグロビン () 尿酸 () 血清総蛋白 () Na () AST(GOT) () K () ALT(GPT) () 血糖 () CRP () アルブミン () BUN () その他病名について参考になる所見をご記入下さい 糖尿病のある方には HbA1c /日 Kcal 値をお教え下さい ワーファリン使用中の方は PT-INR 値をお教え下さい (月 日実施)				
心電図	・異常なし ・異常あり 所見 () (月 日実施)				
胸部X線	・異常なし ・異常あり 所見 () (月 日撮影)				
感染症検査	HBs抗原 (陰性・陽性) Wa-R (陰性・陽性) HCV抗体 (陰性・陽性) MRSA(鼻腔) (陰性・陽性) (月 日実施)				
入浴及びリハビリを中止する基準	・該当なし ・該当あり (あてはまる項目にご記入をお願いします。) □血圧が (/) mmHg以上の場合 (/) mmHg以下の場合 □血圧が () mmHg以上 低下・上昇 する時 □脈が () 回/分以上の場合 () 回/分以下の場合 □SPO2が () %以下の場合 運動時の酸素投与量: () Lまで可能 その他: □荷重制限: 免荷・部分免荷 (1/3・1/2) ・全荷重 荷重制限の期間 () まで □装具の装着期間 (体幹・上肢・下肢 装具を まで装着) □禁忌肢位・姿勢 () □その他 ()				

※検査データは、直近3ヶ月以内のデータでお願いします。