

施設療養情報提供書

平成 年 月 日

介護老人保健施設

施設長殿

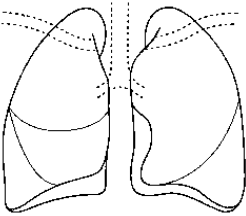
医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印

利用者	フリガナ		男 ・ 女
	氏名		
	生年月日 / 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 年 月 日 (歳)		
紹介目的			要介護度 : 要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中
			自立度(障害) : 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
			自立度(認知) : 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
入所を要する疾患名	1	発症年月日	4 発症年月日
	2	発症年月日	5 発症年月日
	3	発症年月日	6 発症年月日
現病歴及び現症			
既往疾患			治療食 : あり ・ なし (治療食内容)
			薬剤・食物アレルギー : あり ・ なし (薬剤名・食品名)
			他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科)などの受診状況<過去・現在>
医学的情報	経管栄養	: あり ・ なし (鼻腔 ・ 胃瘻)	喘息・呼吸困難 : あり ・ 時にあり ・ なし
	点滴	: あり ・ なし	慢性的便秘 : あり ・ なし
	インスリン注射	: あり ・ なし (u)	排尿状態 夜間頻尿 : あり ・ なし 失禁 : あり ・ なし カテーテル使用 : あり ・ なし
	留置カテーテル	: あり ・ なし ()	
	ストーマ	: あり ・ なし	
	痰の吸引	: あり ・ なし (回/ 時間)	カテーテル使用 : あり ・ なし
	酸素療法	: あり ・ なし (l)	疼痛の訴え : あり ・ なし
	ペースメーカー	: あり ・ なし	特記事項
	癲癇・失神発作	: あり ・ 時にあり ・ なし	

【お願い】

当施設利用のお申込みをいただきましたご利用者様に関しての心身状態把握のため、情報提供書の作成をよろしくお願ひいたします。検査データにつきましては詳細の把握をさせて頂いておりますので、添付可能なデータがございましたら添付をお願いします。なお、検査データ有効期間は、検査日より3ヶ月以内となっておりますのでご注意ください。
ご多用中のところ大変恐縮ではございますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

身体及び精神面に関する事項	<身長>	cm	<体重>	kg	<認知症>	あり（軽度／中度／重度）・なし	
	<血圧>	／		mmHg	<長谷川式スケール>	点（	年 月 日 実施）
	<麻痺>	あり（右・左：上肢・下肢）／なし			<暴言・暴力>	あり ・ なし	
	<関節拘縮>	あり（肩・肘・手・股・膝・足）／なし			<放尿>	あり ・ なし	
	<言語障害>	あり ・ なし			<弄便>	あり ・ なし	
	<嚥下障害>	あり ・ なし			<声出し>	あり（全日／昼間／夜間）・なし	
	<難聴>	あり（右・左）／なし			<徘徊>	あり ・ なし	
	<視力低下>	あり ・ なし			<異食>	あり ・ なし	
	<意思の疎通>	可能 ・ 不可能			<盗食>	あり ・ なし	
	<精神症状>	あり（症状）／なし			<褥瘡>	あり（部位：）／なし	
	臨床検査所見	I. 血液検査（実施日： 年 月 日）					
RBC		万/μl	TP	g/dl	HDL-C	mg/dl	
Hb		g/dl	ALB	g/dl	LDL-C	mg/dl	
Ht		%	BUN	mg/dl	TG	mg/dl	
WBC		/μl	CRE	mg/dl	CRP	mg/dl	
PLT		万/μl	UA	mg/dl	FBS	mg/dl	
AST(GOT)		IU/l	Na	mEq/l	* ¹ HbA _{1c}	%	
ALT(GPT)		IU/l	K	mEq/l	* ² PT-INR		
ALP		IU/l	Cl	mEq/l	* ¹ 糖尿病の診断を受けている方のみ		
γ-GTP		IU/l	T-cho	mg/dl	* ² ワーファリンを服用されている方のみ		
II. 尿定性（実施日： 年 月 日）							
蛋白：＋・±・－		糖：＋・±・－		潜血：＋・±・－			
III. 感染症検査（実施日： 年 月 日）							
HBs抗原：＋・－		HCV抗体：＋・－		TPHA：＋・－			
MRSA 咽頭・喀痰 その他()		疥癬：＋・－					
胸部X線所見	撮影年月日： 年 月 日		CTR		%		
							
心電図所見	実施年月日： 年 月 日						
	異常：あり・なし／不整脈：あり・なし						
現在の処方	1	4	7				
	2	5	8				
	3	6	9				

処方調整に関する情報提供書

(連携薬剤調整書)

介護保険の新制度では、高齢者の減薬が強く求められています。つきましては、貴院と当施設との連携を計るため、下記枠内のご記入をよろしくお願い致します。

水野介護老人保健施設 医師 宛

下記入所予定者の処方内容について、今後貴施設での療養により症状の改善が認められた場合、減薬することに同意します。

年 月 日

入所予定者氏名：

病院・医院等

住所・名称：

医師又は主治医名前：

印

----- (以下是水野老健にて記入) -----

先生

当施設での療養中及び退所にあたり、ご入所者（ ）様）の処方について下記の通り減薬致しました。今後の診療、生活指導等につきご高配をお願い申し上げます。

- 1、下剤（ ）は、水分摂取、食事コントロールにより排便が適切にコントロールされるようになったため。
- 2、眠剤（ ）は、規則正しい生活により良眠が得られるようになったため。
- 3、その他（ ）は、バランスのとれた食事の提供、リハビリの励行等により大幅な症状・検査値の改善が認められたため。

年 月 日

東京都足立区西新井 6-24-13

水野介護老人保健施設

医師名：

印