

# 利用者 情報提供書

(入所用)

介護老人保健施設 なでしこ  
茨城県つくば市水守2228-2  
TEL 029(864)6565  
FAX 029(877)3771

|  |                         |  |
|--|-------------------------|--|
| 氏名 <small>フリガナ</small>                 | 男<br>女                  | 生年月日<br>大・昭 年 月 日 ( 歳 )  |
| 住所 〒 -                                 |                         |  |
| 病名及び症状                                 |                         | 主な既往歴  |
| 利用目的・目標                                |                         |  |
| 現在の処方 (薬剤情報添付でも可)                      |                         | リハビリの処方  |
| ※検査データ ( 年 月 日 現在)                     |                         | ※検査所見 ( 年 月分)  |
| 血液型 A B O A B (RH -・+)                 | ※HBs抗原 (-・+)            | ※HCV抗体 (-・+)   |
| M R S A (-・+)                          | 梅毒反応 ガラス(-・+) TPHA(-・+) | 尿蛋白 (-・+)  |
| 尿糖 (-・+)                               | 大便 潜血(-・+) 虫卵(-・+)      | WBC /mm <sup>3</sup> BUN mg/dl   |
| RBC 万/mm <sup>3</sup> Cr mg/dl         | HB g Na mEq/L           | ※胸部レントゲン   |
| PLt 万/mm <sup>3</sup> Cl mEq/L         | CRP K mEq/L             | 脳CT所見  |
| FBS mg/dl T.Cho                        | ※Alb g/dl GPT           |   |
| HBA1c % TG                             | TP g/dl GOT             |  |
| ※ は必須項目です。その他は必要に応じて記入して下さい。(データ添付でも可) |                         |  |
| 年 月 日                                  |                         |  |
| 医療機関<br>専門科目<br><br>医 師                |                         |  |