

利用者 情報提供書

(通所リハビリ用・短期入所療養介護用)

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 女	生年月日 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 (禁忌・留意点等あればご記入ください。)		
入浴可能な血圧・脈拍数の指示、入浴に関する留意点等あればご記入ください。 【血圧】 / mmHg～ / mmHg 【脈拍】 拍/分～ 拍/分 【留意点等】		
※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 ³	BUN mg/dl	
RBC 万/mm ³	Cr mg/dl	
HB g	Na mEq/L	※心電図所見
PLt 万/mm ³	Cl mEq/L	その他特記事項
CRP	K mEq/L	
FBS mg/dl	T.Chol	
HBA1c %	TG	
TP g/dl	GOT	
※Alb g/dl	GPT	※ は必須項目です。(データ添付でも可)
		年 月 日
医療機関 専門科目 医 師		