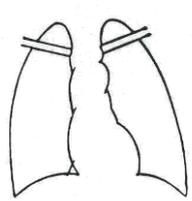
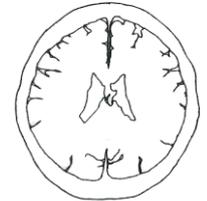


# 利用者 情報提供書

(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 (-・+)	※胸部レントゲン	脳CT所見
梅毒反応 ガラス(-・+) TPHA(-・+)		
尿蛋白 (-・+) 尿糖 (-・+)		
大 便 潜血(-・+) 虫卵(-・+)	※心電図所見	その他特記事項
WBC /mm <sup>3</sup> BUN mg/dl		
RBC 万/mm <sup>3</sup> Cr mg/dl		
HB g Na mEq/L		
PLt 万/mm <sup>3</sup> Cl mEq/L		
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		