

医療情報提供書

シニアホーム 武甲の郷

TEL:0494-27-8181

FAX:0494-25-0556

氏名		性別	生年月日		血液型
		男・女	明大昭	年 月 日生	A B O AB (RH + -)
通常血圧	~ / ~ mmHg	身長	Cm	体重	Kg
通常脈拍	~ /分	不整脈	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
既往歴	1 (年 月頃)				
	2 (年 月頃)				
	3 (年 月頃)				
	4 (年 月頃)				
現病歴	1 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月 頃発症)				
	2 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月 頃発症)				
	3 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月 頃発症)				
	4 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月 頃発症)				
投薬内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		胸部Xp(撮影; 年 月 日)		
					
			異常あり		
			異常なし		
感染症	・HBS抗原(- ・ +) ・HCV抗体(- ・ +) ・その他()				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有()				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→褥瘡(部位:) その他(部位:)				
精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状)		◎障害老人の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(症状)		◎認知症老人の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
聴力	1. 普通 2. やや難聴 3. 難聴 4. 補聴器使用		視力	1. 普通 2. 弱視 3. 眼鏡使用()	
◎福祉施設における医学的観点からの留意事項			言語	1. 普通 2. 障害あり()	
<p>1. 血圧・脈拍に入浴時、制限のある場合</p> <p>・収縮期血圧:上限()下限() ・脈拍:上限()下限()</p> <p>2. その他注意事項・禁忌事項等があればご記入ください</p>					
<p>上記以外の診断結果の所見及び検査データ(血液検査・尿検査・等)があれば、添付してください。</p>					

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話
医師名

印