

グループホーム蒼生への医療情報提供書

氏名	男 ・ 女	要介護認定度 (年 月)		
		要 支 援 要 介 護 (級)		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
病名	(1)	(発病時期:)		
	(2)	(発病時期:)		
	(3)	(発病時期:)		
	(4)	(発病時期:)		
	(5)	(発病時期:)		
既往歴	(1) 脳血管障害			
	(2) 心疾患 (心筋梗塞 不整脈 心不全など)			
	(3) 呼吸器疾患 (結核 喘息 肺気腫など)			
	(4) その他			
(疾患名の右にその発症時期を記入して下さい。)				
現病歴				
現症	身長	c m	体 重	k g
	血圧	/	脈 拍	/分 (整 不整)
	意思疎通	良好	やや困難	困難
	認知症	無	有 (軽度 中等度 高度)	
	問題行動	無	有 ()	
	視力障害	無	有 (右 左 両)	
	聴力障害	無	有 (右 左 両) (軽度 中等度 高度)	
	言語障害	無	有	
	運動障害	無	有 (状態)	
	疥 癬	無	有 (部位)	
	褥 瘡	無	有 (部位)	
	嚥下障害	無	有	

感染症に関する検査 平成 年 月 日			
MRSA 喀痰 () 褥創 () その他 ()			
梅毒 TPHA法 ()			
HBS抗原 (無 有の場合定量)		HCV抗体 (無 有の場合定量)	
血液検査 平成 年 月 日			
RBC	GOT	BUN	
WBC	GPT	CRE	
Ht	ALP	UA	
Hb	LDH	Ca	
Plt	TP	Na	
CRP	Alb	K	
HbA1c		Tch	
胸部X線所見 (撮影 平成 年 月 日)		その他必要な検査	
所見 (肺野・心陰影・大動脈)		骨折部位や腹部の所見等	
心電図所見 (施行 平成 年 月 日)			
頭部CT所見 (特に必要と思われる場合のみで可)			
現在使用薬剤および処置内容・受診者に関する注意事項			
		*医療機関等での継続治療が (必要・不必要) である。 *介護老人保健施設での療養が (可能・不可能) である。	
平成 年 月 日			
医療機関 所在地			
名称			
医師氏名		印	