

情 報 提 供 書

氏名	(M・T・S) 年 月 日 (歳) 男・女
病名	
既往歴	
現病歴	
現在の治療薬	

A 項目 L に 該 ○ 当 を	① ほぼ終始臥床状態 A ベッド上起座、座位保持 不可能 B ベッド上起座、座位 可能 ② 屋内歩行が困難な状態 A 車椅子 移乗、移動とも自立 B 車椅子 移乗は要介助、移動は自立 C 車椅子 移乗、移動とも要介助 ③ 屋内歩行可能だが以下に介助を要する（項目に○を） A 食事 B 排泄 C 入浴 D 更衣 E 整容 尿意（ 有・無 ） 便意（ 有・無 ） おむつ使用（ 有・無 ）
認知 症 状 の 有 無	該当項目があれば○を 興奮・乱暴・せん妄・幻覚妄想・徘徊・不眠・不潔行動・抑鬱
胸部 X I P	
心 電 図	
感 染 の 有 無 疾 患	梅毒（定性法 ） HBs 抗原（ ） 集団での生活・処理を行っていますので、 HCv 抗体（ ） 特記すべき感染症がありましたらご記入ください。
血 検 液 査 生 化 学	赤血球 ×10 ⁴ /uL GOT U/L 白血球 /uL GPT U/L 血小板 ×10 ⁴ /uL BUN mg/dl 血色素 g/dL クレアチニン mg/dl ヘマトクリット値 %
尿 検 査	糖 （ ） 蛋白 （ ）

医療機関名・施設名

住所

電話番号

医師名