

# 情報提供書

老人保健施設 つなしま  
管理医師行

令和 年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_  
 病院名 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_ (印)  
 TEL. ( ) - \_\_\_\_\_

氏名	(男・女)	生年月日	M / T / S	年	月	日
主病名	①	( 年 月 日 発症)				
	②	( 年 月 日 発症)				
	③	( 年 月 日 発症)				
	④	( 年 月 日 発症)				
既往歴	①	( 年 月 日 発症)				
	②	( 年 月 日 発症)				
	③	( 年 月 日 発症)				
	④	( 年 月 日 発症)				
現処方						
身長	cm	体重	Kg	血圧	/ mmHg	
体温	℃	血液型	型 RH(+/-)	義歯	無・有 ( )	
検査	感染症	HBs抗原 ( + ・ - )		HCV抗体 ( + ・ - )		
		梅毒 TP抗体 ( + ・ ± ・ - )		RPR ( + ・ ± ・ - )		
		CRP ( )		SpO2 ( )%		
	血液一般	WBC ( ) RBC ( ) HGB ( ) HCT ( ) PLT ( )				
	脂質代謝	総コレステロール ( )mg/dl HDL-C ( )mg/dl		中性脂肪 ( )mg/dl		
	肝機能	AST ( )IU/l ALT ( )IU/l $\gamma$ -GTP ( )IU/l		ALB ( )g/dl		
	腎機能	クレアチニン ( )mg/dl BUN ( )mg/dl				
糖代謝	GLU ( )mg/dl HbA1C ( )%					
※直近3ヶ月以内のもの ※検査結果のコピーを同封して下さい。						
装着医療機器等	※該当するものに○を付けてください。 イ. 酸素療法    ロ. 気管切開    ハ. 気管カニューレ    ニ. 吸引器    ホ. 留置カテーテル ヘ. 人工肛門    ト. 経管栄養 (種類: )    チ. その他 ( )					
アレルギー	薬剤過敏症    無・有 [ 抗生剤: セフェム系・ペニシリン系・他 ( ) / ピリン系 / その他 ( ) アレルギー    無・有 ( )					

