

医療情報提供書

利用者氏名		フリガナ		男女	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
現 症	傷病名				既 応 歴			
	病 状				処 方 薬			
	栄養状態	血清アルブミン			身長	Cm	体重	Kg
	感染症	HBsAg (+ ・ -)			HCV Ab (+ ・ -)		梅毒 (+ ・ -)	
		MRSA (+ ・ -)			TB (+ ・ -)		疥癬 (+ ・ -) その他	
	胸部X-P所見				EKG所見			
	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
認知度	正常	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
デ イ ケ ア 利 用 に つ い て	送迎	可 ・ 不可			入浴サービス	可 ・ 不可		
	機能訓練	可 ・ 不可			平常時の血圧	/		
	食事形態・嚥下状況・リハビリ内容・注意事項等について御意見をお願いいたします							

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

竹口病院デイケアセンター
042-541-0197