

療養情報提供書（入所用）

フリガナ			
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日生（ ）歳
住所	携帯 ・ 自宅（ ） —		

1. 現在の疾患

(1)	(発症年月日 . .)
(2)	(発症年月日 . .)
(3)	(発症年月日 . .)
(4)	(発症年月日 . .)
(5)	(発症年月日 . .)

2. 現病歴

現在の投薬処方(外用薬含む)

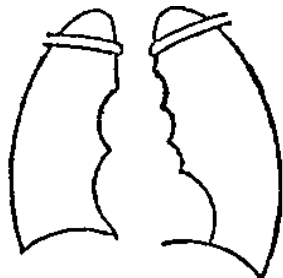
3. 主な既往歴

- ・
- ・
- ・
- ・肺結核の既往歴(有・無)

4. 感染性疾患 (必ずご記入お願いします。)

- ・HBs抗原 (+ -)
- ・HCV (+ -)
- ・TPHA (+ -)
- ・MRSA (+ -) (陽性の場合は検出部位:)
- ・その他 (+ -)

5.胸部X-P所見(年 月 日撮影)



(なし・異常)
(所見)

6. 心電図(なし・異常)

7. 疥癬等皮膚疾患の有無 (有 ・ 無)

8. 褥創の有無 (有 ・ 無)

(有の場合は部位:)

9. 日常生活自立度

- ・障害高齢者の日常生活自立度 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)
- ・認知症の日常生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
- ・認知症による徘徊などの問題行動の有無 (有 ・ 無)
- 有る場合の症状 ()

年 月 日

医療機関名 名称

所在地

医師

印