

横川緑風園・みどりの里・みどりの風 入所用情報提供書

ふりがな		性別	生年月日	大正・昭和	年	月	日
氏名							
住所							
現在の主な病気							
既往歴							
現在の状態(特記事項)							
現在の処方							
血液検査	(検査日)						
● WBC :	● LDH :	● Na :	● 中性脂肪:				
● RBC :	● γ-GPT:	● Cl :	● TP :				
● Hb :	● ALP :	● K :	● Alb :				
● PLT :	● ch-E :	● 総コレステロール:	● FBS :				
● GOT :	● BUN:	● HDLコレステロール:	● HbA1c:				
● GPT :	● Cre :	● LDLコレステロール:					

胸部X線所見 (撮影日:)	CT・MRI 等所見(撮影日:)
心電図所見 (検査日:)	アレルギーの有無 ・薬物アレルギー 有 ・ 無 () ・食物アレルギー 有 ・ 無 ()
感染症の有無 (検査日:)	
● HBs抗原: <input type="checkbox"/> 陽性 ・ <input type="checkbox"/> 陰性	● TPHA: <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
● HCV抗体: <input type="checkbox"/> 陽性 ・ <input type="checkbox"/> 陰性	● MRSA: <input type="checkbox"/> 陽性 ・ <input type="checkbox"/> 陰性
● 感染性皮膚疾患: ()	● その他 ()
褥瘡の有無	有 ・ 無 部位 程度
身体状況	
身長: cm 体重: kg	● 関節拘縮 部位() ・ 無
● 麻痺: 部位() ・ 無	● 四肢欠損 部位() ・ 無
ADL状況	
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 半介助 ・ 全介助 (備考:)
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 半介助 ・ 全介助 (備考:)
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 半介助 ・ 全介助 (備考:)
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 半介助 ・ 全介助 (備考:)
栄養	
形態	主食 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー粥 副食 常菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 流動
食事量: Kcal	分類: 水分: 塩分: g
経管栄養 内容: (水分量までお願いします) 水分: (チューブ最終交換 月 日)	
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症高齢者の日常生活自立度	BPSD: () ・ 無 HDS-R: 点 検査日 年 月 日
要介護状態等区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
本人及び家族の希望	
現状の問題点(今後、予想されるリスク等)	
上記のとおり報告します	
令和 年 月 日	
(医療機関) 住所	
名称	
医師名 印	