

介護老人保健施設 北柏ナーシングケアセンターへの情報提供書

氏名	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳
住所	
病名	(1) (発症時期)
	(2) (発症時期)
	(3) (発症時期)
既往症	結核の既往 無 ・ 有 発症時期()
検査所見	<p>感染症 MRSA (-) ・ (+) 部位: 疥癬 (無 ・ 有)</p> <p>梅毒(RPR法: TP抗体法:)</p> <p>HBs抗原 (-) ・ (+) HCV抗体 (-) ・ (+)</p> <p>ESBL (現在 病院へ入院中 または 施設へ入所中の方のみ) (-) ・ (+) 部位:</p> <p>血液検査 RBC () WBC () Ht () Hb () Plt ()</p> <p>GOT () GPT () γ-GTP () ALP ()</p> <p>TP () Alb () BUN () クレアチニン ()</p> <p>UA () Fe () Na () K () Cl ()</p> <p>グルコース () HbA1c () Tchol () TG () CRP ()</p> <p>心電図 所見:</p> <p>胸部X線 所見:</p> <p>尿検査 蛋白 () 尿糖 () ウロビリノーゲン () 潜血 () (検査実施日:)</p>

(裏面もご記入下さい)

身体状況	意思疎通	良好	・	不良	・	困難	
	認知症	無	・	有	(軽度・中度・重度)	HDS-R(/30点)
	麻痺	無	・	有	(上肢・下肢・右・左)		
	言語障害	無	・	有		視力障害	無・有
	聴力障害	無	・	有		嚥下障害	無・有
	褥瘡	無	・	有	(ステージ)	
	問題行動	無	・	有	(徘徊・暴言・暴力・その他)	
	身長	(cm)	体重	(kg)

病状経過および問題点

現在の使用薬剤(外用薬含む)および処置内容

【ご入所申し込みの際には、以下の点についてご了承ください】 ※ショートステイ以外

- ・入所されますと、今までのかかりつけ医から当施設の医師に主治医が移ります。入所中は、当施設の医師の処方により必要な薬等をお出しするなど、日常的な医療を提供致します。
- ・当施設ではジェネリック医薬品を推奨しております。また、入所者様への減薬にも取り組んでおります。入所後、施設医師の判断でお薬の内容が変わる場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- ・お薬の変更について注意点等ございましたら、上記「使用薬剤」欄にご記入ください。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名 印