

# 施設療養情報提供書

社会福祉法人 パール  
 福祉総合プラザ 施設長殿  
 〒150-0035 東京都渋谷区鉢山町 3-27  
 TEL 03-5458-4811

令和 年 月 日


医療機関の所在地  
 および名称  
 電話番号  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

※この施設療養情報提供書の有効期限は1年です。

フリガナ 氏名	殿	性別	男・女	生年月日 (年齢)	M・T・S	年	月	日	(歳)
病名	#1 #2 #3			#4 #5 #6					
現病歴 及び 現症									
既往歴	薬剤アレルギー：								
処方	薬剤名・用量・用法								

注意事項 ・ 医療的 処置	認知症 有・無	◆血液	年	月	日	◆尿定性	年	月	日
	認知症の程度	CRP				蛋白			
	<input type="checkbox"/> 点滴	白血球数				糖			
	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル	赤血球数				潜血			
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	Hb							
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	Hct				◆感染症 過去のデータがあれば			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	血小板				HBS 抗原 (+・-)			
	<input type="checkbox"/> 吸引, 吸入	総蛋白				HCV 抗体 (+・-)			
	<input type="checkbox"/> その他	アルブミン				TPHA (+・-)			
	心電図		GOT						

◆胸部X線は必ずご記入ください。高齢者が共同生活をしますので、X線で何らかの異常がある場合、喀痰検査をお願いします。

胸部X線	撮影	年	月	日
	No.			

◆特別感染症	年	月	日
結核菌 喀痰検査 (塗抹・培養・PCR)	(+・-)		未検
MRSA	(+・-)		未検
疥癬	(+・-)		未検

※提供書提出後に心身の状況の変化した場合は、再検査をお願いすることがあります。