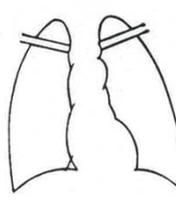
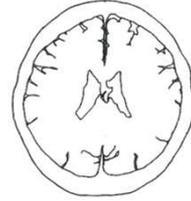


利用者 情報提供書

(入所用・通所リハビリ用)

介護老人保健施設 なでしこ
茨城県つくば市水守2228-2
TEL 029(864)6565
FAX 029(877)3771

氏名 <small>フリガナ</small>	男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所 〒 -		
病名及び症状		主な既往歴
利用目的・目標		
現在の処方		リハビリの処方
検査データー (年 月 日 現在)		検査所見 (年 月分)
血液型 A B O A B (RH -・+)	HBs抗原 (-・+)	胸部レントゲン
HCV抗体 (-・+)	M R S A (-・+)	脳CT所見
梅毒反応 ガラス(-・+) TPHA(-・+)	尿蛋白 (-・+)	 
尿糖 (-・+)	大便潜血(-・+) 虫卵(-・+)	
WBC /mm ³	BUN mg/dl	
RBC 万/mm ³	Cr mg/dl	
HB g	Na mEq/L	
PLt 万/mm ³	Cl mEq/L	
CRP	K mEq/L	
FBS mg/dl	T.Chol	
HBA1c %	TG	
TP g/dl	GOT	
Alb g/dl	GPT	
※ <input type="checkbox"/> は必須項目です。その他は必要に応じて記入して下さい。		
		平成 年 月 日
		医療機関 専門科目
		医 師