

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 フリガナ	男 女	生年月日 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 (-・+)	※HCV抗体 (-・+)
M R S A (-・+)	 	
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.Cho		
HBA1c % TG		
TP g/dl GOT		
※Alb g/dl GPT		
※ は必須項目です。その他は必要に応じて記入して下さい。		
		年 月 日
		医療機関 専門科目
		医 師