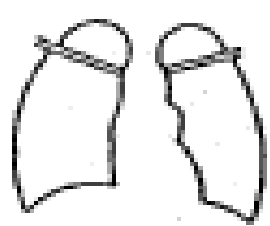


# 療養情報提供書

介護老人保健施設 アゼリア / アゼリア アネックス  
ウイング / オキドキ / アメイズ

利用者氏名 様	性別 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日	年齢 歳
傷病名（発症時期）			
既往症（発症時期）及び症状・症状経過			
処方薬			
要介護度	申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5		
日常生活自立度	障害	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	問題行動 無・有（ ）

## 検査所見

身長	cm	体重	kg	皮膚疾患	褥瘡（部位）その他（ ）
採血／検尿日	令和 年 月 日	血圧	／（脈；）		
尿検査（蛋白：）（糖：）（潜血：）		心電図	令和 年 月 日		
血算	WBC	血算	CRP	所見	
	RBC		BS		
	Hb		Hb(A1c)		
生化学	TP	生化学	Fe	X線撮影 令和 年 月 日 所見 	
	Alb		UA		
	AMY		T.C		
	GOT		LDL		
	GPT		HDL		
	LDH		T.G		
	γ-GT	感染症	HBsAg	処置 膀胱留置カテーテル・経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・(その他)	
	BUN		HCV		
	Cr		MRSA		
	Na		梅毒		
K	他				
Cl					

※全てのデータは、3ヶ月以内のものをお願い致します。尚、上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

宛

令和 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名 科 印