

# 施設療養情報提供書

グループホーム 桐の家  
施設長 殿

年 月 日

療養機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

患	氏名	様	男・女
者	生年月日	明・大・昭 年 月 日	満( )歳

紹介目的			
診断名	(1)	(4)	
	(2)	(5)	
	(3)		
既往症	薬剤アレルギー ( )		
現病及び現症			

ADL等	歩行	: 独歩 杖使用可 介助 車椅子 シルバーカー 歩行器 歩行不可					
	食事	: 自立 半介助 全介助 胃管カテーテル					
	排泄	: 自立 半介助 ポータブル オムツ(全、夜) カテーテル					
	衣服着脱	: 自立 半介助 全介助					
	入浴	: 自立 半介助 全介助 機械浴					
	入浴	: 自立 半介助 全介助 機械浴					
	褥瘡	: 無 有 ( 軽度 ・ 中度 ・ 高度 ・ 非常に高度 )					
	褥瘡	: 無 有 ( 部位 )					
		実施日	所見 ①は必須です。他は必要に応じて結構ですが下記以外にもできるだけ多くの情報をいただければ幸いです。				
	① 感染症	年月日	HBs抗原(+,-) HCV(+,-) 皮膚感染症疾患(+,-) 疥癬(+,-) MRSA(痰・尿・膿)(+,-)				
② 脳CT所見	年月日						
③ 胸部X-P	年月日						
④ 画像診断	年月日						
⑤ 尿検査	年月日	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )					
⑥ 便細菌培養	年月日	症状のある場合のみ ( 赤痢・サルモネラ・病原大腸菌 )					
⑦ 心電図	年月日						
⑧ 血圧	年月日	/					
⑨ 血液検査	年月日						
	赤血球	白血球	Hb	Ht	血小板数	総蛋白	GOT
	GPT	LDH	γ-GTP	Al-p	T. chol	CPK	AMY
	BUN	クレアチン	Na	K	Cl	CRP	血糖
食事制限	無 有 ( )						
今の処方							