

# 療 養 情 報 提 供 書

氏 名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_

1.現在の疾患名	発症年月日	現在の投薬処方	
(1)	年 月 日		
(2)	年 月 日		
(3)	年 月 日		
(4)	年 月 日		
(5)	年 月 日		
(6)	年 月 日		
2.主な症状			
3.主な既往歴			
結核既往 ( _____ )			
4.療養食			
<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 心臓食(心不全) <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 高脂血症食			
5.血液検査等(栄養ケアマネジメントに必要となりますので、ご記入をお願い致します。)			
血清アルブミン値: _____ g/dl B U N : _____ mg/dl 血 糖 値 : _____ mg/dl			
総コレステロール: _____ mg/dl クレアチニン: _____ mg/dl ヘモグロビン: _____ %			
6.精神状態(認知症及び問題行動等)			
7.感染症疾患の有無      HBs抗原      HCV抗体      W反応      MRSA			
8.病状が安定し病院(診療所)への入院は必要はないが、介護老人保健施設のリハビリや日常生活動作訓練の必要性 ( _____ )			

上記のとおり情報提供いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
医 師 \_\_\_\_\_

印

天草中央総合病院附属介護老人保健施設 施設長殿