

氏名	(男・女)		年 月 日 ( 歳)	
住所	電話番号 - -			
病名・既往	1	発症時期 年 月	5	発症時期 年 月
	2	発症時期 年 月	6	発症時期 年 月
	3	発症時期 年 月	7	発症時期 年 月
	4	発症時期 年 月	8	発症時期 年 月
現在の病状及び、治療状況				
投薬内容 (他科内服・外用薬を含む)	別紙添付(無：有)			
身体状況	血圧	/	mmHg	身長 cm
	体重 kg			
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他( )			
	視覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		点眼薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
アレルギー	薬物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
皮膚疾患	疥癬既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	その他( )	
自立度	障害高齢者の日常生活自立度：自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度：自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認知症	認知症高齢者の行動心理症状の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他( )			
予防接種	・インフルエンザ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月)・コト <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月)・肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月)			
血液検査 (直近3ヶ月内データ添付可) 年 月 日	白血球	AST	HBs抗原 (陰性・陽性)	胸部X線写真所見 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	赤血球	ALT	HCV抗体 (陰性・陽性)	
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA (陰性・陽性)	
	ヘマトクリット	K	MRSA (陰性・陽性)	
	血小板	Cl	部位(喀痰・咽頭・鼻腔)	
	血清蛋白	LDL-C	結核 (陰性・陽性) 塗沫・培養・PCR	
	アルブミン	血糖	(胸部X線上、必要と判断された場合)	
	尿素窒素	HbA1c (糖尿病の場合)	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	クレアチニン	CRP	年 月 日	
施設利用にあたってのご意見(リハビリ・食事等に関する事)				
医療機関名				年 月 日
所在地				
電話番号	-	-	担当医師名	印