

# 情 報 提 供 書

氏 名		男・女	生年月日	MTS 年 月 日 ( ) 歳	
疾 病 名	1			身 長	cm
	2			体 重	kg
	3			血清アルブミン値	
病状・治療 の概要					
投薬内容					
胸部レント ゲン所見					
心 電 図					
感 染 症	HB s 抗原 ( ) HCV 抗体 ( ) 梅毒検査法 ( ) MRSA ( ) 疥癬 ( ) 結核 ( ) ツベルクリン反応 ( mm× mm)			*検査データ コピー添付	
血 沈	1時間値 ( ) 2時間値 ( )				
認知症に ついて	(程度、問題行動 等)				
そ の 他	(動作レベル他)				
その他最近の検査報告書 (コピー添付)					
平成 年 月 日  所在地 医療機関名 医師氏名					
印					

この意見書は当施設へ入所するための判定資料にさせていただきます。誠に恐縮ですが、ご高配のほど宜しくお願い致します。

〒674-0074 兵庫県明石市魚住町清水 2744-30

医療法人社団正仁会 介護老人保健施設 希望

TEL 078-944-1511

FAX 078-944-1530