

〒710-0133 倉敷市藤戸町藤戸 1406-1
TEL 086-441-0010 FAX 086-441-0210
グループホーム グリーンピース あま城 宛

医療機関名
住所 〒
電話番号

科 氏名 印

患者氏名 _____ 男・女 生年月日 年 月 日 歳

《診断名》

《既往・入院歴》 病名 病院名 期間 ~

アレルギー、禁忌薬等 (無・有→内容)

《今までの経過》

最近の検査結果 (※今までに検査されていて分かる範囲で記入して下さい。データのコピーを添付していただいてもよいです。)

検査日(年 月 日)

WBC RBC Hb MCV PLT AST ALT LDH γ -GT Alb BUN Cr UA

Na K Cl LDL-C HDL-C TG BS HbA1c CRP その他

検尿 蛋白 糖 潜血 白血球 赤血球 円柱 細菌 その他

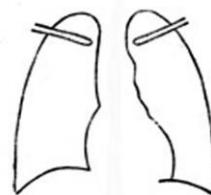
感染症 MRSA(-・+→部位) HBs 抗原(-・+) HCV 抗体(-・+) 梅毒(-・+)その他()

心電図所見: 普段の血圧 収縮期 ~ 台/拡張期 ~ 台 mmHg

《現在の処方内容》粉砕(要・不要) (※mg等の規格、他科および他院の薬や外用薬もあれば全て記入して下さい)

インスリン等の注射薬(無・有→薬剤名 用量:朝 昼 夕 寝る前)

胸部レントゲン所見



(年 月 日)

《現在の状態》身長 _____ cm、体重 _____ kg 認知症(軽・中・重)、意思の疎通(良好・一部可・時々可・不可)、譫妄(無・有)

徘徊(無・有)、幻覚(無・有)、幻聴(無・有)、昼夜逆転(無・有)、暴言(無・有)、暴行(無・有)、異食(無・有)、構音障害(無・有)

日常生活自立度(自立・ほぼ自立・要介助・寝たきり)、起立(自立・要介助・不可)、歩行(自立・要介助・不可)、難聴(無・有)

麻痺(無・有→左・右、上肢・下肢、不全麻痺・完全麻痺)、拘縮(無・有→部位)嚥下障害(無・有)

車椅子(自分で操作・他人が操作)、食事(自立・部分介助・全介助)、食事制限(無・有→ _____ kcal/日,)

SpO₂ _____ % (room air)酸素吸入(不要・要 _____ l/分)、吸痰(不要・要 _____ 回くらい/日)、吸入(不要・有→内容 _____ /回 x _____ /日)

経管栄養(無・経鼻・胃瘻 内容 サイズ _____ Fr,交換頻度 1回 / _____ ヶ月,次回交換 _____ 月 日頃)

点滴(不要・有→内容)

排尿(自立・要介助・おしめ)、排便(自立・要介助・おしめ)、ポータブルトイレ(不要・有)

留置カテーテル(無・有→内容 サイズ _____ Fr,交換頻度 _____ 回 / _____ ヶ月,次回交換時期 _____ 月 日頃)

褥瘡(無・有→部位 _____ 程度 処置内容・頻度)

透析(不要・有)、人工肛門(無・有)、その他 ()