

ふりがな 患者氏名	男	生年月日	明・大・昭	年	月	目(歳)
	女	身障手帳	有(級)・無	介護保険	有()・無	
〒	—		電話	— —		職業
住所						
【保険種別】	国保	社保	生保	労災	自賠	その他()
【公費助成】	老人	高齢	障害	特疾	原爆	その他()
【ADL 状況】※現在の状態について、主治医または病棟看護師が該当するものに○をつけてください。						
食 事	・自立 ・一部介助 ・全介助 (経口 ・経鼻 ・胃瘻 ・IVH) (食事形態:)					
排 胆	・自立 ・一部介助 ・全介助 (トイレ・ポータブル・オムツ・バルーン)					
	・尿意(有 ・ 無) ・便意(有 ・ 無)					
洗面・歯磨き	・自立 ・一部介助 ・全介助					
更 衣	・自立 ・一部介助 ・全介助					
移 動	実用歩行	・自立 ・一部介助 ・全介助 (杖 ・ サークル ・ 装具)				
	車椅子自操	・可 ・不可				
入 浴	・自立 ・一部介助 ・全介助					
会話(問いかけに対しての返答)	・可 ・やや困難 ・不可					
ナースコール(必要に応じ)	・可 ・不可					
基本動作	・寝返り (可 ・ 不可)					
	・起き上がり (可 ・ 不可)					
	・座位保持 (可 ・ 不可) ・背もたれ(要 ・ 不要)					
	・立ち上がり (可 ・ 不可)					
	・乗り移り (可 ・ 不可)					
体 型	・身長 (cm) ・体重 (kg)					
【リハビリ終了後の退院先】 <input type="checkbox"/> 自宅(同居・一人暮らし) <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定						
【退院時引受人】						
氏名:	続柄()		電話	— —		
〒	—					
住所						

検査結果のコピーを必ず添付してください

【MRSA について】

※検査日 …… 相談前1ヶ月以内のもの
 ※検査部位 …… 鼻腔(又は咽頭)は必ずお願いします。

※下記の場合、上記に合わせて資料添付をお願いします。

①喀痰(肺炎概往のある場合) ②尿(尿路感染の概往がある場合) ③褥瘡等がある場合

【感染歴】(- ・ +) 年 月頃

ラボデータ提供依頼

1～2週間以内の検査結果をご教授下さい。検査結果のコピーでも構いません。

患者氏名 _____

生化学検査		TP	IU/L
検査目	年 月 日	アルブミン	IU/L
		総ビリルビン	IU/L
		GOT	mg/dl
		GPT	g/dl
		γ-GTP	g/dl
		尿酸	mg/dl
		尿素窒素	mg/dl
		クレアチニン	mg/dl
		Na	mEq/L
		K	mEq/L
		Cl	mEq/L
		CRP	mg/dl
		血糖	mg/dl
		ヘモグロビンA1c	%
血液検査		白血球	/μl
検査目	年 月 日	赤血球	×10 ⁴ /μl
		ヘモグロビン	g/dl
		血小板	×10 ⁴ /μl

金沢病院 回復期病棟