

さいたま市介護保険サービス情報提供パス

氏名	男・女 生年月日 明・大・昭 年 月 日		
住所〒	さいたま市	電話	()
病名 1		年 月 日発病	
2		年 月 日発病	
3		年 月 日発病	
現病歴及び特記事項： _____ _____ _____			
内服薬：_____ _____ _____			
胸部Xp： 撮影 年 月 日	身長：	cm	体重： kg
	通常血圧：	～ / ～	mmHg
	脈拍：	～ /分	不整脈 有・無
	血圧・脈拍にサービス施行時（入浴、リハ等）制限のある場合：		
		上 限	下 限
	収縮期血圧	_____	_____
	脈 拍	_____	_____
感染症：HBS 抗原（一・十）、HCV 抗体（一・十）			
皮膚湿疹	有・無	有りの場合、疥癬の可能性	有・無
褥瘡	有・無	有りの場合	部位
胃瘻	有・無	経鼻胃チューブ	有・無 膀胱カテーテル 有・無
気管切開	有・無	その他医療措置（	_____）
血液検査：RBC	万、	Hb g/dl、	TP g/dl、 Cr 、BUN
血糖値	mg/dl、	HbA1C	%（糖尿病患者のみ）
インフルエンザワクチン	年 月 日		
令和 年 月 日	医療機関名		
	所在地		
	電話		
	医師名		印