

健康調査票

紹介元医療機関

所在地

名称

医師名

電話番号

令和 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	
住所			電話番号	
身長:	cm	体重:	Kg	血液型:
現病・障害名				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
既往歴				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
精神症状(認知症などによる問題行動等)				
①直近の検査(血液・尿など)データを添付ください。				
②心電図	血圧(~ mmHg)・脈拍(回/分)・不整脈(有・無)			
	心電図所見:			年 月 日
③胸部X線	所見CTR等:			年 月 日
④眼科疾患	有・無	疾患名:		
⑤皮膚疾患	有・無	疾患名:		
⑥感染症	HBs抗原()	HCV抗体()	梅毒RPR定性()	その他:
⑦便潜血	1回目()	2回目()		
⑧定期他科受診	有・無	受診科:		
⑨治療食	有・無	内容:		
⑩アレルギー	薬物()/食物()/その他()			
現在の処方(インスリン注射等を含む)				
入所後は内服薬の変更・減薬・後発医薬品の移行を行いますことに同意をお願いいたします。				
同意する ・ 同意しない				
ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方を行う予定ですが、				
・複数の薬剤により期待される効果と副作用の可能性 ・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございます。処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、薬剤調整についてご指示等がございましたら、ご連絡いただければ幸いです。				
連絡事項				

介護老人保健施設 ピア観音 医師:田中一誠
〒733-0036 広島市西区観音新町一丁目7番40号

TEL(082)503-7772
FAX(082)503-7774
令和5年4月改定