

介護老人保健施設等用

| 血 液 検 査 デ ー タ ( 年 月 日 ) |             |           |       | 感 染 症 デ ー タ                                                              |                |       |                                   |      |   |       |                |
|-------------------------|-------------|-----------|-------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------------------------------|------|---|-------|----------------|
| 白血球                     | / $\mu$ l   | 総蛋白       | g/dl  | MRSA                                                                     | -              | +     | 喀 痰 ・ 咽 頭 ・ 鼻 腔 ・ 尿 ・ 皮 膚 ・ そ の 他 |      |   |       |                |
| 赤血球                     | 万 / $\mu$ l | アルブミン     | g/dl  | 心 電 図                                                                    |                |       |                                   |      |   |       |                |
| 血色素                     | g/dl        | GOT (AST) | IU/l  | 異常なし ・ 異常あり<br><br>所見<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>( 年 月 日撮影 ) |                |       |                                   |      |   |       |                |
| ヘマトクリット                 | %           | GPT (ALT) | IU/l  |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| 血小板                     | 万 / $\mu$ l | ALP       | IU/l  |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| Na                      | mEq/l       | LDH       | IU/l  |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| K                       | mEq/l       | r-GTP     | IU/l  |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| Cl                      | mEq/l       | 血糖        | mg/dl |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| 総コレステロール                | mg/dl       | HbA1c     | %     |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| 中性脂肪                    | mg/dl       | 尿素窒素      | mg/dl |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| CRP                     | mg/dl       | クレアチニン    | mg/dl |                                                                          |                |       |                                   |      |   |       |                |
| BNP                     |             | 尿酸        | mg/dl |                                                                          |                |       |                                   |      |   | 疥 癬   | 無 ・ 有 ( 部位 : ) |
| 尿 検 査                   |             | ( )       |       | じょくそう                                                                    | 無 ・ 有 ( 部位 : ) |       |                                   |      |   |       |                |
| 糖                       |             | ( )       |       | 皮膚疾患                                                                     | 無 ・ 有 ( )      |       |                                   |      |   |       |                |
| 蛋白                      |             | 身 長       | cm    | 視力障害                                                                     | 右              | 無 ・ 有 |                                   | 聴力障害 | 右 | 無 ・ 有 |                |
| 潜血                      |             | 体 重       | kg    |                                                                          | 左              | 無 ・ 有 |                                   |      | 左 | 無 ・ 有 |                |

|         |                               |     |                 |                   |                       |
|---------|-------------------------------|-----|-----------------|-------------------|-----------------------|
| 言語障害    | 無 ・ 有                         | 排せつ | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 移 動               | 自立・見守り・一部介助・全介助       |
| 嚥下障害    | 無 ・ 有                         | 入 浴 | 自立・見守り・一部介助・全介助 | 移動方法              | 杖・手押し車・歩行器・車いす        |
| 四肢の運動障害 | 麻痺 無 ・ 有（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他） |     |                 | 食事介助              | 自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助 |
| 食事形態    | 普通・きざみ・ミキサー食・その他（ ）           |     | 療養食             | 普通・糖尿食・減塩食・その他（ ） |                       |

1. 記入できる範囲で全ての項目について記載してください。
2. 斜線部分については、記載不要です。(不要な項目には、事業者が事前に斜線を記載してください。)
3. その他

|  |
|--|
|  |
|--|