**日付：令和　6年　　月　　日**

**所属機関名：**

**報告者名：**

**【患者情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 歳 | 性別 |  | ADL |  |  |  |
| 病名 |  | | | | | | |
| アレルギー歴 |  | | | | | | |
| 住まい |  | | | | | | |
| 主訴  または  傷病名 |  | | | | | | |

**【現在の処方】**

|  |
| --- |
|  |

**【身体所見（プロブレムに基づく所見を記載）】**

|  |  |
| --- | --- |
| 体格 | 身長　　　　㎝、体重　　　　　㎏、　　BMI： |
| 食事 | 回/日、量（ 　割）、水分摂取量　　　　　mL/日 |
| 排便 | 回/日、性状： |
| 排尿 | 回/日（夜間尿　　　　回）、尿量　　　　　　　mL/日、 |
| 睡眠 | 良好、睡眠時間（　　時間） |
| バイタルサイン  ( / )時点 | BP：　/　　、P：　　　、KT：　　、SpO2：　　呼吸数： |

**【検査所見（血液検査データ等）】**

|  |  |
| --- | --- |
| **日付** | **所見内容** |

**【プロブレムリスト（複数個ある場合は全て記載）】**

|  |
| --- |
| ♯１ |
|  |
| ♯２ |
|  |