

介護老人保健施設療養情報提供書

介護老人保健施設

医療機関名：
所在地：
電話番号：
様 医師氏名：

年 月 日

ふりがな：		生年月日	
利用者氏名：		明・大・昭 年 月 日(才)	
要介護の原因となった傷病名・状態像		既往歴	
発症年月日			
現	現病歴		
	処方・処置内容		
	日常生活動作(ADL)の状況(該当するものに○をつけてください)		
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	入浴 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
病	着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○をつけてください)		
	I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的に自立している II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さは多少見られても、誰かが注意していれば自立可能 III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、介護を必要とする IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、常に介護が必要 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態が見られ、専門医療を必要とする		
感染症	HBS(-・+)HCV(-・+)梅毒(-・+)MRSA(排菌の可能性のあるもの)(-・+)[部位]		
	疥癬(-・+)[] X-P所見[] 結核所見		
	その他[]		
総合所見【①施設利用の可否②臨床検査上の問題点③食事形態・摂取量・嚥下状態④入浴・リハビリに対する禁忌事項】等をご意見下さい			

*検査所見については、検査結果・成人病検査の写しでも結構です。

八王子老人保健施設協議会様式