

介護老人福祉施設医療情報提供書

医療機関名：
所在地：
電話番号：
医師氏名：

第二紫水園 施設長宛

令和 年 月 日

フリガナ			明治・大正・昭和
氏名	生年月日	年	月 日
(1) 病歴(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている疾病名については1. に記入)及び発症年月日			
1.	発症年月日(	年	月 日頃)
2.	発症年月日(	年	月 日頃)
3.	発症年月日(	年	月 日頃)
4.	発症年月日(	年	月 日頃)
5.	発症年月日(	年	月 日頃)
(2) 病状について			
(3) 処方内容			
(4) 日常生活の自立度について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			
□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2			
・認知症高齢者の日常生活自立度			
□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M			
(5) 感染症			
HBs (抗原 -・+) (抗体 -・+) HCV (-・+) 検査日()			
梅毒(-・+) 検査日()			
胸部X-P所見() 結核所見() 検査日()			
疥癬(-・+) [] その他 []			
(6) 医学的観点からの留意事項			
・医療行為 □なし □あり(胃ろう・インシュリン注射・在宅酸素・バルンカテーテル)			
・血圧 □特になし □あり()			
・治療食 □特になし □あり()			
・嚥下状態/摂取量 □特になし □あり()			
・リハビリ □特になし □あり()			

※採血検査等のデータがありましたらコピー添付して頂ければ幸いです。