

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

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
氏名		既往歴	
要介護の原因となった疾病名：			
現病・現症：			
処方・処置内容：			
日常生活動作<ADL>の状況（該当するものに○を付けてください）			
<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
<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○を付けてください）			
I 何らかの認知症は有するが、日常生活は家庭内及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はが頻回に見られ、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は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（－・＋）	検査日（ ）
MRSA（－・＋）	[部位]	検査日（ ）	
胸部X-P所見（	結核所見	検査日（	）
疥癬（－・＋）	[]	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治療食・摂取量・嚥下状態 ④入浴・リハビリに対する事項等のご意見をお願いします			

※採血検査等参考になるデータがありましたらコピー添付していただければ幸いです。