

病気・医療等の情報提供書

該当する事業所欄にレをつけて下さい

<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホームエコトピア酒々井
<input type="checkbox"/>	ショートステイサービスセンターエコトピア酒々井
<input type="checkbox"/>	デイサービスセンターエコトピア酒々井

生活相談員 宛

貴事業所のサービス利用申込みに際して、以下のとおり病気・医療等に関する情報を提供します

利用申込者	氏名			男	女		
	生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭)	年	月	日	歳	
	介護認定	要支援1 要支援2 要介護度1 要介護度2 要介護度3 要介護度4 要介護度5					
既往傷病	①	発症年月	S・H・R	年	月頃	(完治 治療中)	
	②	発症年月	S・H・R	年	月頃	(完治 治療中)	
	③	発症年月	S・H・R	年	月頃	(完治 治療中)	
	④	発症年月	S・H・R	年	月頃	(完治 治療中)	
	⑤	発症年月	S・H・R	年	月頃	(完治 治療中)	
服薬	有	(具体的に記入して下さい)			無	不明	
特別な医療	(過去1ヶ月以内に受けた医療の全てにチェックして下さい)						
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 在宅酸素			
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 疼痛の有無(部位:)				
	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> ジョクソウの有無(部位:)					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻)	<input type="checkbox"/> インスリン注射					
感染症	有	結核	MRSA(部位:)	梅毒	疥癬	無	不明
		C型肝炎	B型肝炎	その他()			
障害高齢者の日常生活自立度()				認知症高齢者の日常生活自立度()			

* 下記情報・資料に基づき、以上の情報を提供します。

該当する欄にレをつけて下さい(複数可)

<input type="checkbox"/>	主治医意見書 (主治医氏名:)	意見書作成年月日 (医療機関名:)	年	月	日
<input type="checkbox"/>	健康診断結果報告書	健診実施年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/>	随時の検査結果	検査実施年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/>	本人もしくは家族の話	聴取年月日	年	月	日

情報提供年月日	令和	年	月	日
情報提供者氏名	印			
事業所名				
連絡先	事業所TEL	()	携帯TEL	