情 報 提 供 書

【長期入所用】

令和　　年　　月　　日

老人保健施設のぞみ苑　御中

所　在　地
医療機関名
医 師 氏 名　　㊞

患者氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　）歳		
患者住所	〒　　－	電話番号	

要介護状態等区分	□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 有効期限:　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
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
認知症老人の日常生活自立度	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M

日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに✔）

移　動	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助	食　事	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助
排　泄	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助	（内 容）	□常 食	□普通	□全粥	□ミキサー
入　浴	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助		□療 養 食			
着替え	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助		（　　）			
整　容	□自 立	□見守り	□一部介助	□全面介助					

本人及び家族の要望

傷病名

既往歴及び家族歴

病状経過・治療経過及び検査結果等

尿	潜血（　　）　蛋白（　　）　糖（　　）
アレルギー	無　・　有（　　）
リハビリテーションの必要性	必要なし　・必要（　　）

現在の処方（お薬手帳等の別紙貼付可）

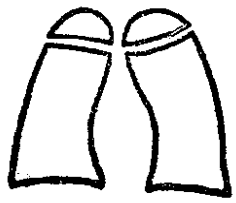
【入所後の診療・内服調整に関する事項】
入所後は状況に応じて内服薬を調整させていただく場合があります。
ご意向等ございましたらご記入ください。

採 血 デ ー タ

RBC		LDL-C	
Hb		BUN	
WBC		Cr	
PLT		eGFR	
TP		UA	
ALb		Na	
GOT		K	
GPT		BS	
r-GTP		HbA1c	
LDH		HBs-Ag	
T・G		Hcv	

胸 部 X 線

所見



CTR　　%
（　　年　　月　　日）

心電図