

# 情報提供書

【通所用】

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

⑨

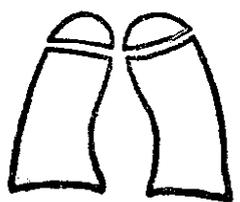
患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳		
患者住所	〒 -	電話番号	

要介護状態等区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助	食 事 (内容)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		<input type="checkbox"/> 療養食			
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助		( )			
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 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	採血データ			
	RBC		LDL-C	
	Hb		BUN	
	WBC		Cr	
	PLT		eGFR	
	TP		UA	
	ALb		Na	
	GOT		K	
	GPT		BS	
尿	潜血( )	蛋白( )	糖( )	
アレルギー	無・有( )			r-GTP
リハビリテーションの必要性	必要なし・必要( )			HbA0c
				LDH
				T・G
				Hbs-Ag
				Hcv

現在の処方	現状の問題点等	胸部X線
		所見    ( 年 月 日 )
		心電図