

老人保健施設利用情報提供書

※ 情報提供いただける項目について記入をお願いします。

社会福祉法人 高瀬会

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|------------|--------|-------------------------------|----------------|---|---|---|-----|
| フリガナ | | | | 男 女 | 生年 月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | 満年齢 |
| 氏名 | 様 | | | | | | | | | 歳 |
| 住所 | 県 | 市 | 町 | 郡 | 番地 | | | | | |
| 1. 診断名 | | | | | | | | | | |
| ① (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| ② (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| ③ (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 手術 無・有 術式 () (年 月 日) | | | | | | | | | | |
| 2. 現病歴 | | | | | | | | | | |
| 3. 既往歴 | | | | | | | | | | |
| ① (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| ② (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| ③ (発症 年 月 日) | | | | | | | | | | |
| 身長 | 体重 | 脈拍 | 血压 | | | | | | | |
| cm | kg | 回/分 | mmHg | / | | | | | | |
| 聴力 | 右 (正常・弱・難) | 視力(矯正) | 右 (普通・弱・盲) | 発語 | <input type="checkbox"/> 普通 | | | | | |
| | 左 (正常・弱・難) | | 左 (普通・弱・盲) | | <input type="checkbox"/> 支障あり | | | | | |
| 栄養状態 (良・中・不良) 食欲 (良・普通・不良) 咳嗽 (無・多・少) 便通 (普通・便秘・下痢) チアノーゼ (無・有) アレルギー (無・有:) 眼瞼結膜貧血 (無・有) 褥瘡 (無・有:) | | | | | | | | | | |
| 診察所見 | | | | | | | | | | |
| 処方 | | | | | | | | | | |

6.身体の状態・生活状況

- 四肢欠損 (部位: _____)
- 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
- 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
- その他 (程度: 軽 中 重)
- 筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 失調・不随意運動(上肢: 右 左 ・ 下肢: 右 左 ・ 体幹: 右 左)
- ① リハビリテーションの必要性がありますか (あり ・ なし)
- (内容や留意事項など)
- ② 施設での入浴は可能ですか (可能 ・ 不可能)
- (留意事項など)
- ③ 食事は一人でできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ④ 排せつは一人でできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑤ 会話は自由にできますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑥ 歩行が出来ますか (できる ・ 一部できる ・ できない)
- ⑦ 車による送迎は可能ですか (可能 ・ 不可能)
- (留意事項: _____)
- ⑧ 日常生活での注意事項や留意点があればご記入ください。
- (_____)

上記のとおり情報提供します。

令和 年 月 日

住 所

医 療 機 関

医 師 氏 名

印

ご記入いただきありがとうございます。

