

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		番地				
<p>1. 診断名</p> <p>① (発症 年 月 日)</p> <p>② (発症 年 月 日)</p> <p>③ (発症 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 手術 無・有 術式 () (年 月 日)</p>											
2. 現病歴											
<p>3. 既往歴</p> <p>① (発症 年 月 日)</p> <p>② (発症 年 月 日)</p> <p>③ (発症 年 月 日)</p>											
身長	体重		脈拍		血圧						
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				
<p>栄養状態 (良・中・不良) 食欲 (良・普通・不良) 咳嗽 (無・多・少)</p> <p>便通 (普通・便秘・下痢) チアノーゼ (無・有) アレルギー (無・有:)</p> <p>眼瞼結膜貧血 (無・有) 褥瘡 (無・有:)</p>											
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。

