

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	郡						
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。

