

# 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。



