

情報提供書

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------|-----|-------|----|-----|------|
| 氏名 | | 男・女 | M T S | 年 | 月 | 日(才) |
| 既往歴 | 発症年月 | 診断名 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 現在の症状 治療の概要 | ※採血データの添付をお願いします | | | | | |
| 病状の安定性 及び 今後の見通し | | | | | | |
| 投薬内容 | | | | | | |
| 胸部レントゲン 所見 | | | | | | |
| 感染症 | ※採血データのコピーを添付ください | | | | | |
| | HBs抗原 | () | | 結核 | () | |
| | HCV抗体 | () | | 疥癬 | () | |
| | | | | 梅毒 | () | |

| | | | |
|---------------|-------------|---------------|------|
| 障害老人の日常生活自立度 | | 認知症老人の日常生活自立度 | |
| 認知症について | (理解、記憶について) | | |
| | (周辺症状について) | | |
| 生活上での 注意事項 | (予測されるリスク等) | | |
| その他 | | | |
| 年 | 月 | 日 | 所在地 |
| | | | 医療機関 |
| | | | 医師氏名 |
| | | | 印 |

この情報提供書は当施設の入居判定の資料とさせていただきます。
誠に恐縮ですが主旨ご理解の上、ご高配賜りますようお願い致します。

〒673-0021

明石市北王子町13-41

社会福祉法人 山輝会

特別養護老人ホーム ウェルフェア・グランデ明石
グループホーム プリランテ明石

TEL 078-929-2630

FAX 078-929-2631

〒674-0064

明石市大久保町江井島1693-2

社会福祉法人 山輝会

特別養護老人ホーム プライム江井ヶ島

TEL 078-937-1255

FAX 078-936-5255