

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 | | | |

| | | | |
|---------------|-------------------|-----|---------------|
| | ※採血データのコピーを添付ください | | |
| 感染症 | 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

TEL 078-929-2630
FAX 078-929-2631