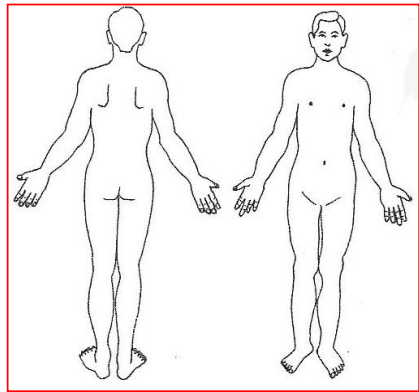


老健くろさわ 情報提供書

氏名		生年月日		歳
住所			電話番号	
傷病名（既往症を含む）		発病年月日	治療経過	症状固定・治癒期
1			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
2			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
3			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
4			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
5			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
検査年月日		年	月	日
検査結果	HBS抗原	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	
	HCV抗体	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	
	MRSA リスク	<input type="checkbox"/> あり※1 ・ <input type="checkbox"/> なし (ありの場合検査実施結果 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)		
	デイスービスのみ利用の場合省略可			
	直近の血液検査データの添付をお願いいたします。			
身長		cm		パルンカテール
体重		kg		
HBS抗原		<input type="checkbox"/> +		<input type="checkbox"/> -
HCV抗体		<input type="checkbox"/> +		<input type="checkbox"/> -
MRSA リスク		<input type="checkbox"/> あり※1 ・ <input type="checkbox"/> なし		経管栄養
体温		°C		<input type="checkbox"/> 鼻腔 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろ
脈拍		回/分		F
酸素療法		<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (回/ l)		
治療食		指示内容:		
胸部X-P		<input type="checkbox"/> 異常あり※2 ・ <input type="checkbox"/> なし		
異常時必ず所見をご記入ください		認知症レベル <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
直近の胸部X-Pデータの提出または再検査をお願いすることがあります。		投薬内容（別紙でも可）		禁忌の食品 アレルギー
①傷病既往に対する意見				
②検査結果に対する意見				
③移動・移乗時の骨折の危険性(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 有の場合の理由:				
④リハビリテーション療法実施 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可) 不可の理由:				
⑤利用に対して(<input type="checkbox"/> 困難 ・ <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 条件により可能)条件:				
⑥皮膚の状態				
検査結果				
疥癬	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	褥瘡	<input type="checkbox"/> +
爪白癬	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -	大きさ	mm
医師の所見				
.....				
.....				
.....				
.....				
上記のとおり診断いたします。				
			年	月
			日	
住所				
医療機関名				
氏名				
				印



施設記入欄 施設利用(可 ・ 不可) 看護職員が記入

下記の場合は利用可とします。

- ※1 MRSA検査結果がプラスでも、体温KT37.2°C以下の場合。
- ※2 胸部X-Pが「異常あり」とあっても医師が所見に「問題なし」とし

注意: 記入漏れがある場合、利用できませんのでご注意ください。

承認	確認	受付
施設長	部門長	看護
.....
.....