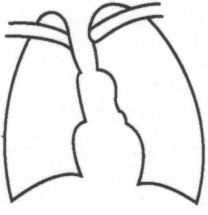


# 特別養護老人ホーム 希望の郷 介護サービスの利用に係る意見書

ふりがな				性別	生年月日	M・T・S					
氏名	様			男・女	年	月	日 歳				
身長	体重	血液型	血圧		脈						
cm	kg		/ mmHg		分（正・不整）						
現病	年 月頃発症・不明			既往	年 月頃発症・不明						
	年 月頃発症・不明				年 月頃発症・不明						
	年 月頃発症・不明				年 月頃発症・不明						
胸部X線所見（直・間）				上記の現病・既往歴の経過・詳細 *わかる範囲でご記入下さい。							
*撮影日(3ヶ月以内のもの) 年 月 日											
結核	無										
	陳旧性有										
	要精査										
伝染性疾患	MRSA (咽頭)	-・+ *感染の危険性 無・有									
	梅毒	-・+ ( )									
	HBV (B型)	-・+ ( )									
	HCV (C型)	-・+ ( )									
	疥癬等皮膚疾患	無・有 ( )									
検尿	尿蛋白	-・+ ( )		現在の内服薬(外用薬) *薬剤情報がある場合は別にご添付願います。							
	尿糖	-・+ ( )									
	尿ウロビリノーゲン	-・+ ( )									
アレルギー	薬品	無・有 ( )									
	食品	無・有 ( )									
	その他	無・有 ( )									
その他	認知症	無・有 (長谷川式等 点)									
	徘徊 帰宅願望 暴言暴行 不潔行為 昼夜逆転 幻視幻聴 その他( )										
	嚥下状態	良・不良									
	食事制限	無・有 ( カロリー/日)						ヘモグロビンA1C	%	*検査日	
	栄養状態	良・不良・過多						アルブミン値	g/dL	年 月 日	
	入浴	可・制限有り( )						特記事項 *介護上の留意点、医療的な処置に関する指示など			
介護サービスの利用に係る所見	介護サービスの利用は問題ない										
	要観察(治療継続)ではあるが利用可能										
	医療機関での治療が望ましく利用不可										
貴院への受診状況	定期受診している。(頻度 回/ )			定期受診していない。							
上記の通り考察します。											
作成年月日 年 月 日				住所							
				医療機関名							
				担当医師名							
				印							
確認事項				異常時に貴院への照会を ( 了承します・了承しません )							