「短期入所療養介護」健康情報提供書

記入日：西暦　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　居宅事業所名：

記入者名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 性　　別：　　男性　・　女性  生年月日：　　　年　　　月　　日（　　歳） | | |
| 氏　　名 | |  | |
| かかりつけの病院 | |  | | | | |
| 既往歴  (今までの  病気について簡単にご記入  ください) | | 病　　　名 | 病院名 | | 時　　期 | 現在の状況 |
| 1 |  | | 年　　月　頃 | 通院中・通院なし |
| 2 |  | | 年　　月　頃 | 通院中・通院なし |
| 3 |  | | 年　　月　頃 | 通院中・通院なし |
| 4 |  | | 年　　月　頃 | 通院中・通院なし |
| 5 |  | | 年　　月　頃 | 通院中・通院なし |
| 処置・装具  など | | 胃瘻・在宅酸素・C-PAP・尿道カテーテル・血糖測定・インスリン注射・ペースメーカー  コルセット・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 麻　　痺 | | 無　・　有　（　右上肢　・　右下肢　・　左上肢　・　左下肢　） | | | | |
| アレルギー | | 無　・　有　　薬物名（　　　　　　　　　　　）食物名（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞﾜｸﾁﾝ | | 接種未　・　接種済（　接種日：　／　　） | | | | |
| ｺﾛﾅｳｨﾙｽﾜｸﾁﾝ | | 接種未　・　接種済（　接種日：１回目　／　　２回目　／　　３回目　／　　　） | | | | |
| 病気や生活上  医師から  注意されて  いること | | （例：血圧に注意・甘い物控える　など） | | | | |
| 処方内容 | | ※薬局から配布される最新の薬剤情報用紙を添付してください | | | | |
| サービス利用の有無 | 通所  ﾘﾊﾋﾞﾘ | 無　・　有　（　　　　回／週　） | | | | |
| 訪問  介護 | 無　・　有　（　　　　回／週　） | | | | |
| 訪問  看護 | 無　・　有　（　　　　回／週　） | | | | |
| 備　　考  (施設に伝えておきたいことなどをご記入ください) | |  | | | | |

※おわかりになる範囲でのご記入をお願い致します。

※検査データ・サービス利用報告書などがあれば添付してください。

介護老人保健施設　リハリゾート青葉

（2021.10　作成）