「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）