

特別養護老人ホーム希望ヶ丘荘・希望ヶ丘荘アネックス入所申込に係る

診療情報提供票

令和 年 月 日

(主治医)医療機関名

所在地

医師氏名

印

(電話番号

)

氏名	(男女)	生年月日	M・T・S	年	月	日			
◆現病名及び既往歴									
◆病状経過および検査結果									
						検査	年	月	日
						HBs抗原			
						HCV抗体			
						梅毒反応			
						MRSA			
						胸部X-P(撮影	年	月)	
						(結核の有無)	有	無	
◆現在の投薬内容等									
◆要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護度(1 2 3 4 5)									
有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日									
◆障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 自立 J ₁ J ₂ A ₁ A ₂ B ₁ B ₂ C ₁ C ₂									
◆認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II _a II _b III _a III _b IV M									
◆日常生活動作(ADL)の状況									
移動	自立	見守り	一部介助	全介助	食事	自立	見守り	一部介助	全介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助
着替	自立	見守り	一部介助	全介助	整容	自立	見守り	一部介助	全介助
◆ その他医療的観点における注意事項等									

本件お問合せ先 大洲市菅田町菅田丙495-34

「特別養護老人ホーム希望ヶ丘荘・希望ヶ丘荘アネックス」生活相談員

(電話 0893-25-3101・Fax 0893-25-3105)

※ この情報提供票は、入所判定委員会での参考資料とするもので、他には一切使用いたしません。