

情報提供書

介護老人保健施設 ゆめさき 施設長 殿

氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日
現住所	〒					
	TEL - -					
主病名	①	(発症 年 月)				
	②	(発症 年 月)				
	③	(発症 年 月)				
	④	(発症 年 月)				
既往歴	①	(発症 年 月)				
	②	(発症 年 月)				
	③	(発症 年 月)				
	④	(発症 年 月)				
現使用薬						
現状況	<p>1. 四肢運動障害 { 上肢 (右・左) (不全麻痺・硬直) } { 下肢 (右・左) (不全麻痺・硬直) }</p> <p>2. 言語障害 無・有</p> <p>3. 嚥下障害 無・有</p> <p>4. 褥創 無・有 (部位)</p> <p>5. 皮膚疾患 無・有 (部位)</p> <p>6. 認知症 無・有</p> <p style="text-align: center;">※記憶障害・失見当・徘徊・思考障害・幻覚・せん妄・抑うつ状態</p> <p>7. 薬剤過敏症 無・有 { 抗生物質 サルファ剤 } { ピリン系 その他 () }</p> <p>8. アレルギー 無・有 ()</p> <p>9. 身長・体重 () cm ・ () kg</p> <p>10. その他 酸素療法 無・有 気管切開 無・有 経管栄養 無・有 吸引 無・有 留置カテーテル 無・有 人工肛門 無・有</p>					

