＜入所申込者用＞

**診　療　情　報　提　供　書**

令和　　年　　月　　日

介護老人保健施設

松浜さくら園

　施設長　佐藤　栄午　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元の医療機関

　　　　　所在地

　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女 |
| 生年月日　大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　　年齢　　　　歳 |
| 現在の診療形態　　１.外来　２.往診　３.入院・入所（平成　　　年　　　月　　　日より） |
| 診断名 |
| 紹介目的　　１.通所リハビリテーション　２.短期入所療養介護　３.入所 |
| 要介護度　　要支援（１　・　２）　要介護（１　・　２　・　３　・　４　・　５）  　　　　　　有効期限：平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日  障害高齢者の日常生活自立度　（自立・J１・J２・A１・A２・B１・B２・C１・C２）  認知症高齢者の日常生活自立度（自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M） |
| 既往症  現病歴  現在の処方 |
| ＜検査後必ず記入して下さい。＞  　アレルギー（　無　・　有　：薬品・食品・その他　　　　　　　　　　　　　　）  　検査成績  　HBV（　　）　HCV（　　）　TPHA（　　）　MRSA（　　）　その他（　　　　　　　　）  　胸部所見  　心電図  　褥瘡（　無　・　有　：部位　　　　　　　　　　　：処置　　　　　　　　　　　　　　　 ）  　フォーレカテーテル留置（無　・　有）　レビンチューブ挿入（無　・　有）  胃瘻造設（無　・　有）　インシュリン（無　・　有）  　留意事項 |