

利 用 情 報 提 供 書

特別養護老人ホームさとうの杜あおそ館 宛

1の2

氏名	様	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生 (歳)
住所				電話番号
現在の 傷病名				
既往症				
服薬内容				
感染症	結核	胸部 X - p 上	: + -	感染の可能性 : 有・無・不明
	M R S A	喀痰・褥瘡・便・尿	: + -	感染の可能性 : 有・無・不明
	肝炎	H B s 抗原	: + -	感染の可能性 : 有・無・不明
		H C V 抗体	: + -	感染の可能性 : 有・無・不明
	梅毒	梅毒抗原	: + -	感染の可能性 : 有・無・不明
	その他			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	J (1 · 2) A (1 · 2) B (1 · 2) C (1 · 2)			
認知症高齢者の日常生活自立度	I II (a · b) III (a · b) IV M			
実施中の処置 □有 □無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()			
指示事項 :				

サービス提供上の留意事項	移送留意： 要 · 不要 入浴： 可 · 否 食事制限： 不要 · 要 服薬確認： 不要 · 要 留意事項、指示内容：			
その他介護する上での注意事項				
身体の状況	身長		体重	
	利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明	四肢欠損	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位()
	麻痺	左上肢(程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右上肢(程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左下肢(程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢(程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他(部位) 程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	筋力の低下	(部位) 程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	関節の拘縮	(部位) 程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 　・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 　・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
	褥瘡	(部位) 程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
	その他の皮膚疾患	(部位) 程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
上記の通り診断します 令和 年 月 日				
医療機関名及び住所 電話番号 医師氏名 印				

社会福祉法人 桃寿会
特別養護老人ホーム ざおうの杜あおそ館
〒989-0851 宮城県刈田郡蔵王町大字曲竹字道路西8番地10
Tel : 0224-22-7131 Fax : 0224-22-7132