

# 利 用 情 報 提 供 書

特別養護老人ホームざおうの杜 宛

1の2

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| 氏 名                  | 様 男<br>女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 生年月日                      | 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）  |
| 住 所                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 電話番号                      |                   |
| 現 在 の<br>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<br>□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<br><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（ ）<br>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)<br>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)<br>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<br><br>令和         年         月         日<br><br>医療機関名及び住所<br>電話番号<br>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  
〒989-0851 宮城県刈田郡蔵王町大字曲竹字田中48番地1  
Tel : 0224-22-7050 Fax : 0224-22-7051