

介護老人保健施設 けんちの苑・水海道 (短期入所療養介護)
診療情報提供書

主治医 殿

下記の方が、介護保険による短期入所療養介護（ショートステイ）のご利用を希望されておりますので、開始に当たり以下内容をご記載いただき現在の状態について情報提供くださいますよう、よろしくお願いいたします。

なおこの情報は当施設の利用目的以外には使用いたしません。

ふりがな 氏名	男 明・大・昭 年 月 日生 女 () 歳
現在の病名	1 発症日 年 月 日
	2 発症日 年 月 日
	3 発症日 年 月 日
既往歴	
病状及び経過	*アレルギー無・有 () 血圧 / mmHg 脈拍 回/分
投薬内容	
実施中の処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養・胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()
	指示事項： *有の場合は実施中の処置にチェックをして下さい。また指示事項等があれば記入して下さい。
サービス提供上の留意事項	リハビリ実施： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 入浴： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	禁止事項、留意事項、注意点：
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に：)
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 医師氏名 印	

ご記入ありがとうございました。