

病気・医療等の情報提供書

ケアハウスエコトピア酒々井 生活相談員 宛

貴施設への入居申込みに際して、以下のとおり病気・医療等に関する情報を提供します。

入居申込者	氏名			男	女			
	生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	歳		
	介護認定	非該当	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4
既往傷病	①	発症年月	昭・平・令	年	月頃	(完治 治療中)		
	②	発症年月	昭・平・令	年	月頃	(完治 治療中)		
	③	発症年月	昭・平・令	年	月頃	(完治 治療中)		
	④	発症年月	昭・平・令	年	月頃	(完治 治療中)		
	⑤	発症年月	昭・平・令	年	月頃	(完治 治療中)		
服薬	有	(具体的に記入、又は薬の説明書等の写しを添付して下さい)			無	不明		
特別な医療	(過去3ヶ月以内に受けた医療の全てにチェックして下さい)							
	<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/>	透析	<input type="checkbox"/>	ストーマ	<input type="checkbox"/>	在宅酸素
	<input type="checkbox"/>	レスピレーター	<input type="checkbox"/>	気管切開	<input type="checkbox"/>	疼痛の有無(部位:)		
	<input type="checkbox"/>	バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/>	ジョクソウの有無(部位:)				
	<input type="checkbox"/>	経管栄養(鼻腔・胃瘻)	<input type="checkbox"/>	インスリン注射				
感染症	有	結核	MRSA(部位:)	梅毒	疥癬	無	不明	
		C型肝炎	B型肝炎	その他()				

* 下記情報・資料に基づき、以上の情報を提供します。

該当する欄にレをつけて下さい(複数可)

<input type="checkbox"/>	主治医意見書 (主治医氏名:)	<input type="checkbox"/>	意見書作成年月日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/>	健康診断結果報告書	<input type="checkbox"/>	健診実施年月日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/>	随時の検査結果	<input type="checkbox"/>	検査実施年月日	令和	年	月	日
<input type="checkbox"/>	本人もしくは家族の話	<input type="checkbox"/>	聴取年月日	令和	年	月	日

情報提供年月日	令和	年	月	日
情報提供者氏名	印			
連絡先	事業所TEL	()	携帯TEL	

※ 入居前面接時には医師による『診断書』又は『健康診断結果報告書』の提出が必要となります。