

情報提供表 (利用者紹介状)

平成 年 月 日 作成担当者

入居希望日	平成 年 月 日 午前・午後 :					
フリガナ 氏名			生年月日	M・T・S 年 月 日		
住所	〒 -		本籍地			
現住所	〒 -		電話番号			
家族構成図	本人◎ 死亡●■ 男性□ 女性○ 同居を○で囲む		氏名		続柄	
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
身元保証人	住所	〒 -		自宅 電話番号		
	氏名			携帯 電話番号		
年金関係	老齢福祉年金 ・ 障害福祉年金 ・ 恩給 ・ 公務扶助料 ・ 厚生年金 ・ 国民年金 1ヶ月合計 円 ()					
生活保護	1ヶ月の保護費 円					
	担当区	〒 -		担当者	電話番号	
医療保険	健保(本・扶) ・ 国保(本・扶) ・ その他(本・扶)					
障害者手帳	有 ・ 無		級 障害名			
介護保険	有 ・ 無		自立 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()			
	事業所名			ケアマネ氏名		
	事業所住所			事業所TEL		
	認定年月日			被保険者番号		
	認定有効期限			保険者名称		
	利用内容	デイサービス ・ デイケア ・ 訪介 ・ 訪看 ・ その他				
入居の理由						

趣味・嗜好品	趣味		酒	
	好きな食べ物		タバコ	
	嫌いな食べ物		その他	
A D L	移動（歩行）	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）		
	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 食事形態 / 常食 ・ 全粥 ・ きざみ ・ ミキサー 治療食（ ）		
	排 泄	自立 ・ 一部介助（ トイレ ・ Pトイレ ） 全介助（ パット ・ リハビリパンツ ・ オムツ ）		
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）		
身 体 状 況	麻 痺	なし ・ あり（ ）		
	視 力	普通 ・ 弱視（ 1m ・ 目の前 ） ・ ほとんど見えない 眼鏡 / なし ・ あり（ ）		
	聴 力	普通 ・ やや難 ・ 難聴 補聴器 / 右 ・ 左 ・ なし		
	口 腔	自歯 / なし ・ あり（ 上歯 本 : 下歯 本 ） 義歯 / なし ・ あり（ 上歯 : 部分・全部 下歯 : 部分・全部）		
精 神 状 況	性 格	朗らか ・ 几帳面 ・ 凝り性 ・ わがまま ・ 頑固 ・ 短気		
	対人関係	拒否的 ・ 普通 ・ 協調的 ・ その他（ ）		
	精神障害	なし ・ あり（ うつ ・ 抑うつ ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ せん妄 ） 問題行動 /		
	睡眠障害	なし ・ あり（ ） 眠剤 / なし ・ あり（ ）		
	障害者高齢者の日常自立度(寝たきり度)	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 ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V		
医 療 関 連 情 報	<主治医>		<主治医以外の通院科>	
	<現病名>		<内服薬>	
	<既往歴>		<外用薬>	

情報提供票 (別紙)

入居に際してご本人様の希望	
入居に際してご家族様の希望	
今までの生活状況	
緊急時の希望	

健康診断書

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住所	〒		血液型 型 (R h)	
			身長 cm	体重 kg
電話番号			総蛋白	総コレステロール
血液検査 年 月 日		血圧 /	GOT	中性脂肪
ワ氏	TPHA法	陰性 / 陽性	GPT	CRP
B型肝炎	HBs抗原	陰性 / 陽性	γ-GTP	FBS
C型肝炎	HCV抗体	陰性 / 陽性	ALP	アミノア
MRSA	鼻腔	陰性 / 陽性	LDH	白血球
	咽頭	陰性 / 陽性	BUN	赤血球
検尿	蛋白	糖	クレアチン	Hb
	ウロビリ	潜血	Ht	血小板
アレルギー 無・有 ()			尿酸	義 歯
胸部X線		心電図		
既往歴				
病歴			常備薬	
総合判定				

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名称

医療機関住所

医師氏名

(印)