

# 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 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	本人同居を 死亡で囲む		氏 名		続柄	電話番号
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
6						
身元保証人	住所	〒 -		電話番号	自宅	
	氏名			電話番号	携帯	
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	〒 -		電話番号	
		担当者				
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						

主治医	〒		電話番号	
	趣味		酒	
趣味・嗜好品	好きな食べ物		タバコ	
	嫌いな食べ物		その他	
	移動(歩行)	自立・一部介助・全介助( )		
A D L	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 ( )		
	麻 痺	なし・あり ( )		
身 体 状 況	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 上歯:部分・全部 )		
	性 格	朗らか・几帳面・凝り性・わがまま・頑固・短気		
精 神 状 況	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・・a・b・a・a・b・・		
	備 考 ( そ の 他 必 須 項 目 )	<本人の希望>		<今までの生活状況>
<家族の希望>		<緊急時の希望>		

# 健康診断書

フリカ 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒		血液型 型 (Rh )	
			身長 cm	体重 kg
電話番号			アレルギー 無・有 ( )	
血液検査 年 月 日		血圧 /	総蛋白	総コレステロール
ワ 氏	ガラス板法	陰性 / 陽性	GOT	中性脂肪
	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	アンモニア
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	クレアチニン	Hb
	ウロビリ	潜血	尿酸	Ht
胸部X線		心電図		血小板
				義 歯
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 ㊟