

診療情報提供書

介護付有料老人ホーム つばきの郷 苑

氏名 (ふりがな) 男・女 年齢 連絡先 主治医として、本「診療情報提供書」が介護付有料老人ホームつばきの郷入居判定の資料となることに同意する

(1) 診断名および発症年月日

- 1. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 症状としての介護施設入居の可能性 介護援助で可能 医療管理が必要 看護管理が必要 (「医療管理」または「看護管理が必要」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 処方内容

特別な医療の有無

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレーター 気管切開処置 疼痛の看護 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) 特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置 失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) ※上記チェック項目の詳細

心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について 障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度) 認知症高齢者の日常生活自立度 (2) 認知症の中核症状 短期記憶 日常の意思決定を行うための認知能力 自分の意志の伝達能力 (3) 認知症の周辺症状(該当する項目すべてチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) (4) その他の精神・神経症状

診療情報提供書

(5) 身体の状態 利き腕 (口右 口左) 身長= cm 体重= kg 四肢欠損 麻痺 筋力の低下 関節の拘縮 関節の痛み 失調・不随意運動 褥瘡 その他の皮膚疾患

生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動 屋外歩行 車椅子の使用 歩行補助具・装具 その他 使用具 (2) 栄養・食生活 食事行為 現在の栄養状態 (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態 (4) 施設入居における医学的観点からの留意事項 (5) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい) (6) 下記項目はデータがあればご記入ください

上記の通り情報を提供します 令和 年 月 日 医療機関名 住所 医師 印