

記入日 令和 年 月 日

利用者名			明 大 昭
	(男・女)	生年月日	年 月 日 歳
住所			
緊急連絡先	電話:	担当ケアマネ	電話:
介護度:	認定期間:	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

●医療情報

主治医	(電話番号)		
現病名	既往歴		
処方薬	※お薬手帳のコピー	認知症状	なし・あり(症状:)
薬アレルギー	なし・あり()	麻痺	なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他
褥瘡	なし・あり(部位:)	処置内容:	()
皮膚について	トラブル:なし・あり(部位:)	処置内容:	()
感染症	HBS・HCV・緑膿菌・疥癬・MRSA・梅毒・その他()		
医療的管理	・経管栄養:胃ろう・鼻くう栄養 / 薬剤名・量(朝: 昼: 夕:) ・付加水(朝: 昼: 夕:) ・気管切開・吸引・酸素・インスリン・膀胱カテーテル ●処置内容:		

●入浴時の注意点

--	--	--	--

●食事の際の注意点

食物アレルギー	なし・あり()	義歯	あり・なし
制限食	糖尿食(指示内容:)・減塩食(指示内容:)・その他()		
食事形態	主食	米飯 全粥 ミキサー粥	副食 普通 きざみ(cm大) ソフト ゼリー
嚥下障害	なし・あり(トロミ: なし・あり(濃い・薄い)) / その他対応()		

●その他必要事項

--	--	--	--

【提出していただく書類】

- ①申込書 ②通所リハビリ利用に関する情報収集シート(依頼書)
- ③お薬手帳のコピー ④検査データのコピー(あれば)

ご不明な点がございましたらお気軽にご連絡ください