

# 老健くろさわ 情報提供書

氏名	生年月日	電話番号	歳	
住所				
傷病名(既往症を含む)	発病年月日	治療経過	症状固定・治癒期	
1		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術		
2		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術		
3		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術		
4		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術		
5		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術		
検査年月日	年 月 日	身長	cm <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
検査結果	HBS抗原	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	体重	kg F
	HCV抗体	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	血压	/ mmHg
	MRSA リスク <input type="checkbox"/> あり※1 <input type="checkbox"/> なし (ありの場合検査実施結果 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - )	体温	°C	経管栄養 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
	デイサービスのみ利用の場合省略可	脈拍	回/分	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう F
	直近の血液検査データの添付をお願いいたします。	酸素療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 回/ )	
胸部X-P <input type="checkbox"/> 異常あり※2 <input type="checkbox"/> なし	認知症レベル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
異常時必ず所見をご記入ください 直近の胸部X-Pデータの提出または再検査をお願いすることがあります。	治療食 指示内容:	投薬内容(別紙でも可)	禁忌の食品 アレルギー	
①傷病既往に対する意見				
②検査結果に対する意見				
③移動・移乗時の骨折の危険性( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 有の場合の理由:				
④リハビリテーション療法実施( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可) 不可の理由:				
⑤利用に対して( <input type="checkbox"/> 困難 ・ <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 条件により可能) 条件:				
⑥皮膚の状態		医師の所見		
検査結果				
疥癬	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	褥瘡	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
爪白癬	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	大きさ	mm	
⑦治療の経過(別紙でも可)				
上記のとおり診断いたします。			年 月 日	
住所	医療機関名			
医師	氏名		印	

施設記入欄 施設利用( 可 ・ 不可 ) 看護職員が記入

下記の場合は利用可とします。

※1 MRSA検査結果がプラスでも、体温KT37.2℃以下の場合。

※2 胸部X-Pが「異常あり」とあっても医師が所見に「問題なし」とした場合。

承認	確認	受付
施設長	部門長	看護
・	・	・

2015.3.15 作成  
2025.6.15 改版