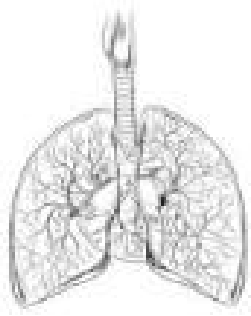


療養情報提供書

短期入所生活介護 あけぼし

氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日
現病名（発症時期）			
既往歴（発症時期）及び症状・症状経過			
処方薬 ※別紙にてお薬表等を添付して頂いても構いません			
平常血圧（ - ）		平常脈拍（ ）	
感染症			
【結核】 無 ・ 有 X線撮影 所見： <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>		【その他の感染症】 *検査を求める項目ではありません。 情報がございましたらご記入下さい。 HBS抗原（ ） HCV抗体（ ） TPHA（ ） STS（ ） MRSA（ ） 部位 _____ 疥癬（ ） その他	
短期入所生活介護（ショートステイ）利用に対する注意事項			
短期入所生活介護とは、日中の活動のみならず夜間も対応を図るサービスです。 生活行為全般に対する注意等ございましたらご記入下さい。			
上記のとおり診断する 医療機関名 住所 医師名 電話番号 Fax番号		年 月 日	
この情報提供書は、短期入所生活介護の利用にあたり利用者の症状、感染症の有無、また対応時の注意等を確認するもので、よりよいサービス提供に役立てる事を目的と致します。			