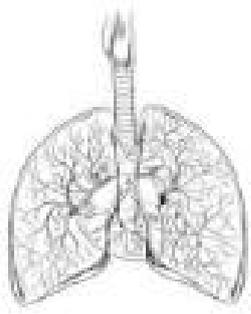


# 療養情報提供書

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（      ）	アレルギー 無 ・ 有（      ）	
<b>感染症</b>			
<p>【結核】 無 ・ 有      年      月      日</p> <p>X線撮影所見：</p> <div style="text-align: center;">  </div>		<p>【その他の感染症】</p> <p>*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。</p> <p>HBS抗原（      ）</p> <p>HCV抗体（      ）</p> <p>TPHA（      ）</p> <p>STS（      ）</p> <p>MRSA（      ）</p> <p>部位 _____</p> <p>疥癬（      ）</p> <p>その他</p>	
<b>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</b>			
<p>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。</p>			
<p>上記のとおり診断する</p> <p>医療機関名</p> <p>住所</p> <p>医師名</p> <p>電話番号</p> <p>Fax番号</p> <p>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。</p>		年	月 日