

先生

社会福祉法人 上川会

施設長 中澤 はる

診断書作成の依頼について

日ごろ、老人保健福祉事業にご協力いただき、厚くお礼申し上げます。

様から、弊施設の長期入所のご利用希望がありました。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮ですが、サービスを適切に実施するために、別紙の診断書をご記入いただきますようお願い申し上げます。

尚、ご利用者様のサービス提供の際、事業所よりご相談させていただくことがあるかと思えます。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

本人・家族が希望するサービス

・軽費老人ホーム ケアハウス春日

(長期入居施設)

*ご不明な点はお問い合わせください

社会福祉法人 上川会

軽費老人ホーム ケアハウス春日

電話 027-265-6661

担当 生活相談員 金井 秀樹

診 断 書

(情報提供先)

社会福祉法人 上川会
軽費老人ホーム ケアハウス春日

医療機関名

医 師 名

印

住 所

電話・FAX

平成 年 月 日

フリガナ		性 別	明治・大正・昭和
氏 名		男・女	年 月 日生(歳)
住 所		電話番号	— —

傷 病 名	発症年月日	治療開始日	現在の状態
1	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
2	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
3	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
4	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
5	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
6	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中
7	年 月 日	年 月 日	治癒・治療中

認知症(痴呆)の有無	1. 脳血管性 2. アルツハイマー型 3. その他()	身体機能状況										
有・無		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">障害程度</td> <td style="width: 15%;">全身マヒ</td> <td style="width: 15%;">片マヒ</td> <td style="width: 15%;">部分マヒ</td> <td style="width: 40%;">無</td> </tr> <tr> <td>リハビリ</td> <td>している</td> <td>していない</td> <td colspan="2">望めない</td> </tr> </table>	障害程度	全身マヒ	片マヒ	部分マヒ	無	リハビリ	している	していない	望めない	
障害程度	全身マヒ	片マヒ	部分マヒ	無								
リハビリ	している	していない	望めない									

サービス時の目安とするため、通常血圧を記入してください。(/ mmHg)

処方内容	
------	--

特記事項	
------	--

*必須 要検査	HBS抗原	+ ・ -	注 意 事 項	・体温について()
	HCV抗体	+ ・ -		・嚔下について()
	梅毒	+ ・ -		・摂食について()
	MRSA	+ ・ -		・入浴について()
	結核	異常なし・所見有り		・移動について()
	疥癬	異常なし・所見有り		・運動について()
	その他	()		・皮膚疾患など()