診 療 情 報 提 供 書

ショートステイ用
但馬愛の園グループ

氏　名	男・女	生年月日	大　・　昭　　年　　月　　日 （　　歳）
住　所			

傷病名 （発病年月日：　　年　　月　　日）	ショートステイについての意見等
既往歴 （発病年月日：　　年　　月　　日）	現在の処方
X線所見 CTR＝　　％ 肺野：　異常あり　・　異常なし 令和　　年　　月　　日撮影	四肢運動障害所見

HBs抗原	＋　・　－	HCV	＋　・　－	TPHA	＋　・　－
				RPR	＋　・　－

処置内容（該当箇所にチェックを）

1．経管栄養（　経鼻　・　胃瘻　・　食道瘻　）　　2．膀胱留置カテーテル（　尿道　・　膀胱瘻　）

3．褥瘡（　部位　　）　　4．吸引（　気管切開　・　口　・　鼻　）

5．在宅酸素療法

日常生活自立度　（　J　A1　A2　B1　B2　C1　C2　）

認　知　症　有　（　自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M　）　・　無

上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
住　所
医師名　　印