

情報提供表（ショートステイ・通所）

ご利用者氏名 _____ 様
 事業所名 _____
 ご記入者氏名 _____ 様
 (続柄・職業 _____)

(1) 診断名

1)	発症) S・H・R	年	月	日
2)	発症) S・H・R	年	月	日
3)	発症) S・H・R	年	月	日
4)	発症) S・H・R	年	月	日
5)	発症) S・H・R	年	月	日

(2) 既往歴

(3) 入院歴(1年以内)

(4) 感染症の有無

無し 不明 有り (_____)

アレルギーの有無

無し 有り(食物: _____ 薬物: _____)

(5) 身体状態

身長 _____ cm 体重 _____ kg

・胃瘻: 無し 有り ・バルーン: 無し 有り

・インスリン: 無し 有り (_____ /日: 朝 ・ 昼 ・ 夕)

◆ かかりつけ医

◆ その他特記事項(お薬情報や医療行為等)

事業所名:

所在地:

担当者名:

印

*ハートケア横浜小雀のサービスを利用している場合はこの用紙は不要
 介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀