

利用者情報提供書 グループホーム むへん

氏名（フリガナ） <div style="text-align: right;">様</div>	要介護度	男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	歳
住所 〒 自宅TEL 携帯	介護保険標準負担額減額認定 有（ 段階 ） 無 その他の公的扶助 有 無			
現病名・既往歴				
経過	食物・薬品アレルギーの有無 有・無（有の場合、記入）		血液検査項目（ 年 月 日） 血清アルブミン ヘモグロビン 血糖値 総コレステロール クレアチニン BUN	
処方	感染症	有・無・不明 ツ反 疥癬 HBs抗原 HCV抗体 MRSA		
	障害	有・無		
《食事形態》 主食 副食 水分（とろみ）	嚥下状態 用具 食事制限	備考		
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 自己注射（インスリン療法） <input type="checkbox"/> 経管栄養法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法 <input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ管理 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱管理	<input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡管理 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> モニター測定		
医療機関所在地 _____ 医療機関名称 _____ 医師氏名 _____				

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。