

②<健康情報提供書・記載例>

健康情報提供書<記載例>

(医療機関名) **八重洲南クリニック**

(医師名) **豊州 吾礼 殿**

平成**21**年**5**月**1**日

(特定施設名) **シニアクリエイト市川**

(看護職員名) **協会 拓子 印**

フリガナ	ワダ シロウ	性別	(男)・女	生年月日 M・T・S 7 年 10 月 1 日生 (76歳)
利用者氏名	和多 士朗	要介護度	要支援1・2、要介護1・ 2 ・3・4・5	
期間内 (平成 21 年 4 月 1 日～平成 21 年 4 月 30 日) における健康の状況				
バイタルサイン	血 圧	①. 著変なし ②. 変化あり【 】.		
	脈 拍	①. 著変なし ②. 変化あり【 】.		
	体 温	①. 著変なし ②. 変化あり【 】.		
	その他 (血糖値)	①. 著変なし ②. 変化あり【直近1週間の眠前平均が180mg/dlであり、4/28 法典CLを受診。 眠前のランタス注を11⇒12単位に変更】		
	その他 ()	①. 著変なし ②. 変化あり【 】.		
居宅療養管理指導の給付	なし・あり (医師 歯科医師 ・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等)			
その他 特記事項				

医師確認印欄
/ 印

注意事項：

- ①医師に対してFAX送信し、医師は押印後に返信。施設においてこれを適切に保管すること。
- ②前30日以内において、特定施設入居者生活介護を算定した日が14日未満である場合は算定できないこと。
- ③個人情報の提供については、あらかじめ入居者との間で同意を得ること。