

# 情報提供書

氏名		男・女	M T S	年	月	日(才)
既往歴	発症年月	診断名				
現在の症状 治療の概要	※採血データの添付をお願いします					
病状の安定性 及び 今後の見通し						
投薬内容						
胸部レントゲン 所見						
感染症	※採血データのコピーを添付ください					
	HBs抗原	( )	結核	( )		
	HCV抗体	( )	疥癬	( )		
	MRSA(喀痰または鼻腔)	( )	梅毒	( )		

障害老人の日常生活自立度		認知症老人の日常生活自立度	
認知症について	(理解、記憶について)		
	(周辺症状について)		
生活上での 注意事項	(予測されるリスク等)		
その他			
年	月	日	所在地
			医療機関
			医師氏名
			印

この情報提供書は当施設の入居判定の資料とさせていただきます。  
誠に恐縮ですが主旨ご理解の上、ご高配賜りますようお願い致します。

〒673-0021 明石市北王子町13-41  
社会福祉法人 山輝会  
グループホーム プリランテ明石

TEL 078-929-2630  
FAX 078-929-2631