

(様式3)

ショートステイ利用可否意見書

| | | | | | |
|-------|-------|---|---|----|---|
| *氏名 | | 男 | 女 | | |
| *生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | 歳 |

*印についてはご本人、またはご家族の方が記入ください。

| | | | |
|--|----------------------------------|----|------------|
| 病名 | | | |
| ショートステイ利用許可 | 可 | 否 | |
| 利用する際の注意事項をお書きください。 | | | |
| 既往歴 | *特記すべきことなし | | |
| 現在の処方 | | | |
| 感染症 特に結核、肺炎 MRSA、緑膿 菌、疥癬等の徴 候がある場合 | *現在疑わせる所見なし | | |
| | 皮膚疾患 | なし | あり (褥瘡 疥癬) |
| 医療処置 | 褥瘡、カテーテルの有無など | | |
| 注意点 | 日常生活、介護上の注意点 | | |
| 入浴の可否 | 可 | 否 | |
| 上記のとおり判定いたします。 | 所在地・名称 電話番号 平成 年 月 日 医師名 印 | | |

社会福祉法人 大協会 特別養護老人ホーム 伏尾荘

*ご協力ありがとうございました。 電話 072 (754) -2901