

# ショートステイ健康状態確認書

ふりがな				性別	男 ・ 女
氏名					
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和      年      月      日生      歳				
住所					
主治医	医療機関名			医師名	
主治医意見書の診断名					
上記以外の既往症					
主治医の意見書記載の感染症の有無	無 ・ 有 (      ) ・ 不明			意見書の記入日      年      月      日	
身長	cm	体重	kg (過去6ヶ月の体重変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)		
【健康アセスメント】			【症状の有無】		
この数ヶ月で、食事量の減少はありますか？			無	有	
この数ヶ月で、体重減少がありますか？			無	有	
この数ヶ月で、疲れやすいですか？			無	有	
この数ヶ月続く咳や痰はありますか？			無	有	
2週間以上続く微熱はありますか？			無	有	
結核の既往はありますか？			無	有	
結核の既往がある場合に記入下さい⇄			年      月頃		
在宅酸素	無 ・ 有		留置カテーテル	無 ・ 有	
ストーマ	無 ・ 有		褥瘡	無 ・ 有	
医療処置					
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
上記について相違なく情報提供する			記入年月日      令和      年      月      日		
居宅事業所名			TEL:		
記入者・担当ケアマネージャー			FAX:		