特別養護老人ホーム【　好日苑　】ショートステイ利用に関する医師の意見書

利用者	住所		生　年　月　日 □ 明治　□ 大正　□ 昭和 年　月　日
	氏名		□ 男　□ 女

認知症日常生活自立度	□ 無	□ Ⅰ	□ Ⅱa	□ Ⅱb	□ Ⅲa	□ Ⅲb	□ Ⅳ	□ M

上記の者がショートステイ(短期入所生活介護)を利用するにあたって、病状に特段の変化がない限り、次のとおり指示します。

1. 現在の身体・精神状況

① 所見

② 平常時の体温・血圧　　℃　　mmHg

③ 下記の場合は「**受診もしくは主治医への上申**」を検討すること。

体温　　℃

最高血圧　　mmHg以上　　mmHg以下

④ 感染症疾患(**肝炎等**)　□ 無　□ 有　[　　]

⑤ 皮膚疾患等　□ 無　□ 有　[　　]

⑥ 主な既往歴

⑦ 胃瘻による経管栄養　□ 無　□ 有　[1日　　回　1日　　kcal]

好日苑では胃瘻からの**滴下**を1日2回（9：00頃400～600kcal、12：00頃ポカリ等、15：30頃400～600kcal）で実施しています。

⑧ 吸引等が必要な場合、留意すべき事項

2. 利用の可否

ショートステイ（短期入所生活介護）	移　送	□ 可	□ 否
	入　浴	□ 可	□ 否
	入　所	□ 可	□ 否

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医　師　名

特別養護老人ホーム　好日苑　TEL:03-3748-6193　/　FAX:03-5499-3230