

患者情報

フリガナ					
氏名		生年月日 M・T・S 年 月 日(歳) 性別 男・女			
生活状態：独居・同居()					
住所 (TEL)					
緊急連絡先					

《病状・治療状況》※医師指示書で確認できれば記入無しで可

現在の状況	身体計測	身長	cm	体重	kg	(増加・安定・減少)
	診断名	病名		発生日		病状
				S・H	・	安定・不安定・不明
				S・H	・	安定・不安定・不明
				S・H	・	安定・不安定・不明
				S・H	・	安定・不安定・不明
	投与薬剤					
	検査所見					
	採血日:					
	栄養問題	食欲不振 脱水 褥瘡 嚥下障害 肥満 便秘 下痢				
	その他()					

《サービス状況》※他資料あれば記入無しで可

適応保険：医療保険・介護保険(介護度:要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地:
居宅サービス計画者名(ケアマネージャー):
サービス内容

《患者状況》

--