

サービス利用留意事項確認書

平成 年 月 日

主治医先生・担当介護支援専門員 様

ご担当の利用者様が「小規模多機能ホームさくら」のご利用を希望されております。つきましては、サービス実施にかかる留意点等の情報をいただきたく存じます。ご多忙の中恐縮ですが、何卒宜しく願い申し上げます。

記載担当者 *ケアマネジャー様でご記入いただいても結構です。

・居宅介護支援事業所: _____ ケアマネジャー氏名(_____)

・住所: _____

・電話: _____ ・FAX: _____

ふりがな		男・女	明・大・昭
ご利用者氏名			年 月 日 ()歳

かかりつけ医療機関:	
主治医名 :	電話 - -

既往歴	年 月頃	年 月頃
	年 月頃	年 月頃
現病歴	年 月頃	年 月頃
	年 月頃	年 月頃

現在処方されているお薬			
朝	昼	夕	眠前

現在行っている処置・治療(傷の処置・インスリン注射・透析等)

*サービス中止の目安となるバイタル数値等	感染症について: 無・有() 留意事項:
	アレルギーについて: 無・有() 留意事項:
	バイタル 留意事項:
	入浴 留意事項: *入浴中止の目安となるバイタル数値等がわかればご記入ください。
	その他 留意事項:

*直近の検査データや内服薬の一覧等をお持ちの方は、写しを添付してください。