

## 主治医意見書

担当医師殿

下記の方が、介護保険による短期入所生活介護(ショートステイ)の御利用を希望されております。  
当施設には、医師が常駐しておりませんので、現病歴・留意点・緊急時対応に関し、注意すべき内容や、ご指示等をご教示頂きたくお願い致します。  
本意見書の料金は、個人負担となっております。  
お問い合わせは、新宿けやき園担当者までご連絡をお願い致します。

電話:03-3367-1601 FAX:03-3367-1602  
短期入所生活介護担当者: 長谷川淳 酒井雅俊

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和	
氏名			年	月 日( 歳)
住所		電話		
ショートステイの利用	可 ・ 不可			
入浴の実施	可 ・ 不可			
既往歴・現病歴・経過				
投薬内容				
伝染性の疾患の有無 (有の場合は具体的に記入してください。) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
特別な医療 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )				
日常生活上の留意点や、特別の指示等				
記入日:平成 年 月 日		医療機関名 医療機関所在地 電話番号 医師氏名 (自署又は押印)		

ご記入ありがとうございました。