

短期入所生活介護利用に関する意見書

(社会福祉法人池上長寿園)

利用者氏名		男 女	M・T・S	年	月	日生	歳
住所	大田区	丁目	番地	号			
<p>上記の者が短期入所生活介護サービスを利用するにあたって、病状の特段の変化がない限り 次の通り指示します。</p> <p>1. 現在の身体・精神状況</p> <p> (1) 現在治療中の疾患</p> <p> (2) 既往症</p> <p> (3) 注意すべきこと</p> <p>2. 認知症の症状 〔 ある ・ なし 〕</p> <p>3. その他特記事項</p> <p>4. 緊急での利用の際は以下にもお答えください。 認知症の行動・心理症状が認められ、在宅での生活が困難であり緊急（今日または明日にでも） での短期入所生活介護の利用が適当ですか？〔 はい ・ いいえ 〕 <u>※「はい」とお答えの場合、介護サービス提供上必要となりますので、診療録等に症状、判断の内容等の 記録をお願い申し上げます。</u></p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							