

皮膚疾患・眼科疾患・歯科受診に関する追加情報申告書

当施設のご利用にあたり、身体状態把握のため、主治医の先生から診療情報提供書を提出いただいておりますが、
①皮膚科 ②眼科 ③歯科 等の専門医の分野につきましては、主治医が診療情報提供書に記載されず、
施設として正確に把握できないケースがございます。
つきましては、ご家族様に下記項目のご確認・ご記入をいただきたく、お願いいたします。

入所者氏名		記入年月日	年 月 日
記入者		記入者と入所者の関係	

① 皮膚疾患について ※該当する疾患がない場合は記入不要です

	部位	現在の状態	使用薬剤	(☑処方の場合) 受診医療機関名	専門医受診の必要
褥瘡 表皮剥離			(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
白癬・真菌症			(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
巻き爪			(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
湿疹・水泡			(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
その他			(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる

② 眼科疾患について ※該当する疾患がない場合は記入不要です

	部位	現在の状態	使用薬剤	(☑処方の場合) 受診医療機関名	専門医受診の必要
緑内障	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	(<input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 手術予定)	(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
白内障	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	(<input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 手術予定)	(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
糖尿病性 網膜症	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	(<input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 手術予定)	(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
加齢 黄斑変性	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	(<input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 手術予定)	(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる
その他	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	(<input type="checkbox"/> 手術済 <input type="checkbox"/> 手術予定)	(<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 市販)		<input type="checkbox"/> 専門医の受診が必要 <input type="checkbox"/> 施設医師に任せる

③ 歯科治療の有無について

現在、歯科について	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中ではない		
(☑治療中の場合) 医療機関名		(☑治療中の場合) 今後の方針	<input type="checkbox"/> 通院する <input type="checkbox"/> 訪問診療を受ける