皮膚疾患・眼科疾患・歯科受診に関する追加情報申告書

介護老人保健施設『音羽えびすの郷』のご利用は、病状の安定した方で入院治療が必要でない方を対象としています。 また、入所サービスをご利用中の通院や受診は緊急時を除き保険制度上、認められておりません。 加えて施設としての医療行為（検査や薬剤の使用も含む）にも制限があり、積極的な治療の実施は難しい場合があります。

当施設のご利用をご希望されるにあたり、主治医の先生からの診療情報提供書の提出をしていただいておりますが、診療情報提供書に記載がされていない身体状況や疾患がある場合があり、施設として正確な把握ができないと、ご入所後のケアが不十分になる可能性があります。

つきましては、下記項目についてお知らせください。

※利用希望者が在宅におられる場合はご家族が、入院・入所中の場合は病院・施設の方がご記入ください。

利用希望者（本人）氏名　　**記入者**

記入者と本人との関係

記入年月日　　年　　月　　日

Ⅰ.皮膚疾患について　該当する事項がありましたら記入してください。該当しない場合は記入不要です。

	部位	現在の状態	処置方法	使用薬剤	薬剤は何処で処方	専門医の定期的受診の必要性の有無
褥瘡及び表皮剥離						
白癬・真菌症						
巻き爪						
湿疹・水泡						
その他						

Ⅱ.眼科疾患について　該当する事項がありましたら記入してください。該当しない場合は記入不要です。

	部位	現在の状態	使用薬剤及び処置	薬剤は何処で処方	手術（済か予定ありか）	専門医の定期的受診の必要性の有無
緑内障	左　・右					
白内障	左　・右					
糖尿病性網膜症	左　・右					
加齢黄斑変性	左　・右					
その他	左　・右					

Ⅲ.歯科治療の有無について　該当する項目を〇で囲み医療機関名は記入してください。

現在、歯科治療を　受けている　・　受けていない →　受けていない場合は記入終了です。

↓

受けている場合の受診方法は　→　通院　・　訪問治療

↓

受けている場合の受診（訪問）医療機関名　：

ご協力ありがとうございました。