

診療情報提供書

様

診 断 日 : 西 暦 年 月 日
医療機関所在地
TEL FAX
医療機関名
医 師 氏 名 印

(介護保険サービス用) 有効期限: 診察日より12か月

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生(歳)	
利用者氏名						
主 傷 病 名 及 び 治 療 状 況 等 (経 過)	病状 1. 安定期 2. やや安定期 3. その他()					
既 往 歴				服薬状況		
感染症疾患の有無	介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染症疾患があれば、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有 { 具体的に: <input type="checkbox"/> 無 { 検査の結果、所見のなかった項目: <input type="checkbox"/> 不明(現在症状がなく、検査未実施)			レントゲン所見の有無	直近(1年以内)のレントゲン所見をご記入ください。 有・無  ※検査 年 月 日	
認知症の有無	無 ・ 有 ()					
認知症に関する日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
日常生活の状況	移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助	着替	自立・一部介助・全面介助
	排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助
血 圧 (平 常 時)	/ mmHg 1. 高めの傾向 2. 低めの傾向 3. 変動が大きい 4. 普通					
食事の種類	特になし・腎臓食・肝臓食・糖尿食(Kcal)・流動食・その他()					
褥 瘡	無 ・ 有(留意事項:)					
移動についての留意事項	無 ・ 有(留意事項:)					
入浴の可否	否 ・ 可(入浴条件等注意事項:)					
その他特記事項						

※各サービス事業者において必要のない項目は、あらかじめ (二重線)で消してご使用ください。
 ※採血データがありましたらコピーを添付して下さい。