

通所リハビリテーション利用にかかる情報提供書

記入日： 年 月 日
事業所名：
記入者名：

ご利用者	(ふりがな)	かかりつけ 医療機関	医療機関名
			医師名
			受診科目
	年 月 日 () 歳		連絡先

医療情報（※）介護保険の主治医意見書の情報を参照しご記入をお願いします

医師記入日： 年 月 日 医療機関： (上記と違う場合のみ)

特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名（※）

1. _____	発症日 (年 月 日 頃)
2. _____	発症日 (年 月 日 頃)
3. _____	発症日 (年 月 日 頃)

介護支援専門員にて 把握している既往歴 (通院先)	(資料添付でも可)
---------------------------------	-----------

生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容（※）

日常生活の自立度等について（※）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）： _____
認知症高齢者の日常生活自立度： _____

認知症の中核症状（※）

・短期記憶	☐ 問題なし	☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難	☐ 見守りが必要 ☐ 判断ができない
・自分の意思の伝達能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難	☐ 具体的要求 ☐ 伝えられない

認知症の行動・心理症状（※）

無 ☐	有 ☐	→ ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護抵抗 ☐ 徘徊
☐	☐	☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題 ☐ その他 ()

その他の精神・神経症状（※）

☐ 無 ☐ 有 → 症状名： _____

移動（※）

屋外歩行	☐ 自立	☐ 介助があれば	☐ していない
車椅子の使用	☐ 用いない	☐ 主に自身で操作	☐ 主に他者が介助
歩行補助具・装具の使用（複数選択可）	☐ 用いない	☐ 屋内で使用	☐ 屋外で使用

栄養・食生活（※）

食事行為	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助
現在の栄養状態	☐ 良好	☐ 不良
→栄養・食生活上の留意点 ()		

サービス提供における医学的観点からの留意事項（※）

血 圧	☐ 特になし ☐ あり ()	移 動	☐ 特になし ☐ あり ()
摂 食	☐ 特になし ☐ あり ()	運 動	☐ 特になし ☐ あり ()
嚥 下	☐ 特になし ☐ あり ()	その他	☐ ()

感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

☐ 無 ☐ 有 → _____

