

診療情報提供書(通所用)

診断日	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：診断日より12か月

フリガナ		性別	男・女	生年月日		
利用者氏名				M・T・S 年 月 日生 (歳)		
主傷病名	病状 1.安定期 2.やや安定期 3.その他()					
既往歴及び治療状況等(経過)	直近の退院日 平成 年 月 日		医療機関名			
感染症疾患の有無	<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)のレントゲン所見があればご記入ください。 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:)			血清アルブミン値()		
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)			身長() 体重()		
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。