

診療情報提供書（主治医→居宅介護支援事業所）

(2)

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

情報提供先事業所名：

電話番号

担当者

殿

Fax 番号

医師氏名

印

患者 氏名		性 別	男・女
連絡先 電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年月日(歳)
患者住所			
傷病名	生活機能低下になっている傷病名 発症日： 年 月 日		
	その他の傷病名 発症日： 年 月 日		
診療方法 1. 外来 2. 訪問診療 3. 入院(年 月 日～) 4. その他 ()			
• 治療内容 () • 服薬内容 () • 治療薬、外用薬について (特になし) • 確認が必要 • 管理が必要) • 血圧について 入浴、リハビリ可能値 (/ mmHg 以下 / mmHg 以上) • 体温について 入浴、リハビリ可能値 (°C) • 認知症、問題行動について [] • 運動への参加について (可・否 →) • リハビリテーション施行について (禁止 • すすめてよい → 時間制限 有 • 無 約 分まで) • リハビリテーション内容について 稼動域訓練 (有・無 →) 疼痛 (有・無 →) 他動運動 (可・否 →) 自動運動 (可・否 →) • サービス利用時の留意すべき点や注意点 [] 			
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <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			

御殿場市医師会