

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

萩原△△

〇〇H P〇〇科

情報提供先事業所名：AAA事業所

電話番号〇△-〇〇〇〇

担当者△△ 殿

Fax 番号〇△-〇〇〇〇

医師氏名◎◎

印

患者氏名	〇△	性別	男・女
連絡先電話番号	88-〇〇〇〇	生年月日	明治・大正・昭和 10年10月10日（81歳）
患者住所	萩原〇〇〇		
傷病名	生活機能低下になっている傷病名 脳梗塞 発症日：H26年 4月25日		
	その他の傷病名 仙骨部褥瘡 発症日：H28年 5月15日		
診療方法	1. 外来 2. 訪問診療 3. 入院（ 年 月 日～） 4. その他 （ ）		
<ul style="list-style-type: none"> <li>治療内容（ 褥瘡の治療 ）</li> <li>服薬内容（ ノルバスク（降圧剤） フロモックス（抗生剤） ）</li> <li>治療薬、外用薬について（ 特になし ・ 確認が必要 ・ 管理が必要 ）</li> <li>血圧について 入浴、リハビリ可能値（160/100 mmHg 以下 100/50 mmHg 以上）</li> <li>体温について 入浴、リハビリ可能値（37.5℃）</li> <li>認知症、問題行動について（ ）</li> <li>運動への参加について（ 可・否 → ）</li> <li>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30分まで ）</li> <li>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 → ）</li> <li>サービス利用時の留意すべき点や注意点 （ ・ 左半側空間無視あり ・ 褥瘡が改善してきた、油断すると悪化するので注意 ）</li> </ul>			
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 checked="" 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 checked="" 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

