

診療情報提供書（主治医→居宅介護支援事業所）

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

情報提供先事業所名：

担当者 _____ 殿
 電話番号 _____
 Fax 番号 _____
 医師氏名 _____ ㊞

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（服薬等） ・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（ ℃） ・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