

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 (°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