

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

情報提供先事業所

担当者氏名 様

紹介元医療機関所在地 〒 _____

名称 _____

TEL _____ Fax _____

医師氏名 _____ (印)

有効期間	最終診察日 年 月 日 ~ 年 月 日 *3ヶ月を限度とする		
フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)
氏名			年 月 日生 (歳)
住所			電話
情報提供の目的	<input type="checkbox"/> 保健福祉サービス利用 <input type="checkbox"/> 老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 別の保険医療機関での診療(特養嘱託医等)		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
		発症	年 月 日
		発症	年 月 日
その他の傷病名	1	発症	年 月
	2	発症	年 月
	3	発症	年 月
	4	発症	年 月
傷病の経過および治療、投薬内容			
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 入院		入院患者の場合
			入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		
認知症高齢者日常生活自立度	<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		
胸部X—P 年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 結核の既往(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	所見(半年以内の結果)		
心電図 年 月 日	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり		
	所見		
血液検査 直近3カ月以内	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり		
	検査項目 申出書*参照 検査結果データ写し添付		
医学的管理 を要するもの <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 血糖値 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> その他 () 留意点		
必要と考える介護・福祉サービスまたはサービス利用に際しての目安及び留意点等			
離床: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 安静(血圧 ~ / ~) 脈拍 ~ 回			
入浴: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 可能範囲(血圧 ~ / ~) 脈拍 ~ 回			
リハビリ: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 可能範囲(血圧 ~ / ~) 脈拍 ~ 回			
総合的所見:			