

診療情報提供書

ふりがな			
氏名	様 男 ・ 女	.	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号 ()	-
要介護状態等区分 :		要支援 1 要支援 2	有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日
		要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5	
障害高齢者の日常生活自立度		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名)		投薬中の薬剤	
		感染症 有 ・ 無 内容	
既往歴・家族歴		病状経過・検査結果・治療経過	
現在の身体状況	運動性障害	有 ・ 無	リハビリテーション上の留意点(禁忌及び注意点)
	感覚機能障害	有 ・ 無	
	高次脳機能障害	有 ・ 無	
	認知障害	有 ・ 無	
	拘縮	有 ・ 無	現状の問題点・課題(今後予測されるリスク)
	関節痛	有 ・ 無	
	廃用性症候群	有 ・ 無	
口腔機能訓練	必要 ・ 必要なし		
緊急時の連絡先及び対応の方法			

医療機関

住所

電話

FAX

主治医氏名