

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
		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