

## 診療情報提供書

|                        |         |                            |                         |         |   |      |       |   |   |
|------------------------|---------|----------------------------|-------------------------|---------|---|------|-------|---|---|
| ふりがな                   |         |                            |                         |         |   |      |       |   |   |
| 氏名                     | 様       | 男・女                        | 明・大・昭                   | 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 |
| 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・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<br>有・無<br>内容        |         |   |      |       |   |   |
| 既往歴・家族歴                |         |                            | 病状経過・検査結果・治療経過          |         |   |      |       |   |   |
| 現在の<br>身体<br>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