

診療情報提供書

平成 年 月 日

滝野川病院附属介護老人保健施設
指定通所リハビリテーション 担当医宛

医療機関名(科名)

所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

有効期限: 上記発行日より1ヶ月

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的 身体機能の維持・向上 ADL能力の維持・向上 認知機能の維持・向上 その他()
-------------------------	---

既往歴及び治療状況・症状経過・検査結果等

感染症疾患の有無 (介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染症疾患があれば、ご記入ください)

有 (具体的に:)

無 (検査の結果、所見のなかった項目:)

不明(現在症状がなく、検査未実施)

服薬状況

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 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 a b a b M

日常生活活動(ADL)の状況									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

血圧 (平常時) / mmHg
高めの傾向 低めの傾向 変動が大きい 普通

食事の種類 特になし 腎臓食 肝臓食 糖尿食(kcal) 流動食 その他()

嚥下障害 無・有(留意事項:)

褥瘡 無・有(留意事項:)

移動についての留意事項 無・有(留意事項:)

入浴 否・可(入浴条件等注意事項:)

その他特記事項

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。