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　〒

診療情報提供に同意します。

本人氏名

代理人氏名

（続柄）（　　）

名称

TEL　　Fax

医師氏名　　㊞

フリガナ		男・女	生年月日（年齢）	年　月　日生（　歳）
氏名				
住所			電話	
★情報提供の目的	・保健福祉サービス利用　・老人保健施設入所　・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	・外来　・訪問診療　・入院	入院患者の場合	入院日：　年　月　日	
最終診察日	年　月　日		退院日：　年　月　日	
障害高齢者日常生活自立度	□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2			
認知症高齢者日常生活自立度	□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M			
胸部X—P 年　月　日	□ 異常なし　所見（半年以内の結果） □ 異常あり　□ 結核の既往（□有　□無）			
心電図 年　月　日	□ 異常なし　所見 □ 異常あり			
血液検査 直近3カ月以内	検査項目別紙参照　所見 検査結果データ写し添付			
★医学的管理を要するもの □有　□無	・PEG　・バルーン　・吸引　・酸素　・ペースメーカー　・血糖値　・インスリン注射　・透析 ・アレルギー　・感染症（　　）　・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：□可能　□不可能　安静（血圧　～　/　～　）脈拍　～　回

入浴：□可能　□不可能　可能範囲（血圧　～　/　～　）脈拍　～　回

リハビリ：□可能　□不可能　可能範囲（血圧　～　/　～　）脈拍　～　回

総合的所見：

※　★印の項目は該当するものを○で囲んでください。