

診療情報提供書

紹介先医療機関等名 四徳学園整形外科リハビリクリニック

担当医 金物 壽久 殿

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の
所在地及び名称

電話番号 () 医師氏名 印

患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所			
電話番号	()		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 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
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)

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 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考