

診療情報提供書

紹介先医療機関名 学校法人四徳学園長野保健医療大学附属
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"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
患者住所			
電話番号			
生年月日		年齢	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	通所リハビリテーションの紹介目的
-------------------------	------------------

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:	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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):	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症高齢者の日常生活自立度:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2

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