

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 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

年 月 日

紹介元医療機関等の所在地

名称  
 電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男 女
患者住所		身長	
電話番号		体重	
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	支1	支2	・	介1	介2	介3	介4	介5
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり)	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
認知症の診断	なし	あり	<input type="checkbox"/> アルツハイマー病	<input type="checkbox"/> 血管性認知症	<input type="checkbox"/> レビー小体病	<input type="checkbox"/> その他(		

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)

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
口腔	義歯の使用	なし	あり	むせ	なし	あり			
	歯の汚れ	なし	あり	歯肉の腫れ	なし	あり			

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

本人及び家族の要望

備考