

# 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 中村 功 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                                                                                                                   |                                                          |
| 患者住所                                                                                                                   | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 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 ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ 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