

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 中村 功 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	☐ アルツハイマー病	☐ 血管性認知症	☐ レビー小体病	☐ 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