

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名所

寝たきり度(J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 自立)要介護度() 電話番号
認知症高齢者の日常生活自立度(I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M)該当なし 医師名

氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日 歳
住所	身長: cm 体重: kg	電話番号 ()
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで	
通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで	通院中
診断名(発症年月日)	既往歴(発症年月日)	
治療状況・方針・特に注意を要する症状※ 血液検査データがありましたら、添付をお願い致します。		
処方内容	感染症などの状況 ※必須 結核性疾患(有・無) 胸部レントゲン診断日(/) TPHA(有・無) ウイルス性肝炎(有・無) ※B型 C型 その他 ※下記項目は症状がある方のみ MRSA その他()	
医療器具等の装着状況(該当するものに○をつけてください) 留置カテーテル 経管栄養 胃瘻チューブ 膀胱瘻 人工肛門 気管切開 在宅酸素 その他() 処置または交換期間(回/ 週)		
入浴サービス・リハビリ指示事項 収縮期血圧 _____ 以上又は _____ 以下は禁 脈拍 _____ 以上又は _____ 以下は禁 拡張期血圧 _____ 以上又は _____ 以下は禁 体温 _____ °C以上は禁		
日常生活動作(ADL)状況 (該当するものに○をつけてください) 移動 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助) 排泄 (自立・一部介助・全介助) 入浴 (自立・一部介助・全介助) 着替 (自立・一部介助・全介助) 整容 (自立・一部介助・全介助) 意思疎通()		
その他注意事項		