

施設入所者

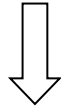
診療情報提供書

依頼日 R 年 月 日

該当機関名

(依頼元機関)

介護老人保健施設 さくらの里



依頼先機関の所在地及び電話番号

(依頼先機関)

住所 〒356-0014
ふじみ野市福岡新田4-1
電話番号 049-269-6600
F A X 049-269-6601
施設長

住所
電話番号
F A X

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女
患者住所			
電話番号			
生年月日	M.T.S.H	年 月 日	(歳)
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名)	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: 要介護(1・2・3・4・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 IIa IIb IIIa IIIb IV M			
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 全介助	食事	自立 見守り 一部介助 全介助
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	整容	自立 見守り 一部介助 全介助
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

- 1) 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
- 2) 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
- 3) 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護老人施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
- 4) この書類をリハビリテーションマネジメント連絡用紙とする。