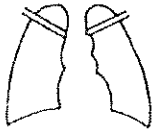


地域包括支援センター
自己作成者
居宅介護支援事業者 様

診療情報提供書

診 断 日 : 平成 年 月 日
医療機関所在地
TEL FAX
医 療 機 関 名
医 師 氏 名 印

(介護保険サービス用) 有効期限: 診断日より12か月

フリガナ					
利用者氏名	性別	男・女	生年 月 日	M・T・S	年 月 日生(歳)
主 傷 病 名	病状 1. 安定期 2. やや安定期 3. その他()				
既往歴及び 治療状況等 (経過)					服薬状況
感染症疾患の有無	介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染症疾患があれば、ご記入ください。 ☐ 有 { 具体的に: } ☐ 無 { 検査の結果、所見のなかった項目: } ☐ 不明 (現在症状がなく、検査未実施)				レントゲン所見の有無 直近(1年以内)のレントゲン所見があればご記入ください。  ※検査 年 月 日
認知症の有無	無 ・ 有()				
認知症に関する 日常生活自立度	☐ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
寝たきり度	☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
日常生活の 状況	移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助	着替
	排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助	整容
血 圧 (平常時)	/ mmHg 1. 高めの傾向 2. 低めの傾向 3. 変動が大きい 4. 普通				
食事の種類	特になし・腎臓食・肝臓食・糖尿食(Kcal)・流動食・その他()				
褥 瘡	無 ・ 有(留意事項:)				
移動についての 留意事項	無 ・ 有(留意事項:)				
入浴の可否	可 ・ 否(入浴条件等注意事項:)				
その他 特記事項	※糖尿病の既往がある場合は、直近の血液検査 (HbA1c) のデータをご記入願います。				

※各サービス事業者において必要のない項目は、あらかじめ —— (二重線) で消してご使用ください。
 ※採血データがありましたらコピーを添付いただけたら幸いです。