

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 : _____ 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。 <input type="checkbox"/> 有 { 具体的に: } <input type="checkbox"/> 無 { 検査の結果、所見のなかった項目: } <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> 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	自立・一部介助・全面介助
	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	自立・一部介助・全面介助
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						

※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。