

# 診療情報提供書

介護老人保健施設

令和 年 月 日

イムスやぶづかロイヤルケアセンター 施設長宛

所在地

医療機関名

T E L

F A X

医師氏名

印

|              |  |                           |
|--------------|--|---------------------------|
| フリガナ<br>患者氏名 |  | 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日 歳 男・女 |
| 要介護度         | 要支援 ( 1 2 )  | 要介護 ( 1 2 3 4 5 )         |
| 日常生活自立度      | 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |                           |
|              | 認知症高齢者の日常生活自立度<br><input type="checkbox"/> 自立 <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  |                           |
| 紹介目的         | (紹介後の方針に関する希望)   |                           |
| 主訴・病名        |  |                           |
| 既往歴          | 嗜好 薬物アレルギー (有・無)   |                           |
| 現治療経過        |  |                           |
| 検査所見         | <input type="checkbox"/> 直近の検査結果を添付して下さい   |                           |
| 現在の処方        |  |                           |
| 患者に関する注意事項   |  |                           |
| 備考           |  |                           |

備考：1 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。

2 心電図・胸部X-P・CTについてデータがありましたらコピーを添付して下さい。