

介護事業所名称

氏 名

様

医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号 ()

F A X ()

患者氏名					
性別・生年月日	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳) 職業
患者住所	電話番号 () -				

診療形態	1. 外来	2. 往診	3. 入院(平成 年 月 日)	情報提供回数	回
------	-------	-------	-----------------	--------	---

傷病名 (疑いを含む)	<傷病名>				
	発症年月日	平成	年	月	日
	受診年月日	平成	年	月	日
	初発 / 再発	1. 初発	2. 再発 (年 月 日 初発)		

寝たきり度(該当するものに)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが坐位を保つ。

C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)

移動 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	食事 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
着替 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助

認知症老人の日常生活自立度(該当するものに)

何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。

日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

< 認知症の中核症状 >

・短期記憶	問題なし	問題あり		
・日常の意思決定を行うための認知能力	自立	いづらか困難	見守りが必要	判断できない
・自分の意思の伝達能力	伝えられる	いづらか困難	具体的要求に限られる	伝えられない

病状・既往症・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容
(介護支援専門員に依頼したい内容や必要と考えられる介護サービス・介護支援専門員が知っておくべき医療情報を記載して下さい。)

上記の患者について、介護(予防)サービス等の診療情報を提供いたします。

依頼内容について、回答(必要・不要)です。

この診療情報提供書の内容を外部に提供する場合は必ず主治医の同意を得てください。