

# 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)



住 所  
電話番号  
F A X

医師氏名  ⑩

(依頼先機関)

住 所 埼玉県川越市古谷本郷1475-1  
電話番号 049-236-0775  
F A X 049-236-0757

患者氏名			性別	男	・	女
患者住所						
電話番号						
生年月日	M・S・T・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等)	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： 要支援1 要支援2 経過的要介護 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保健施設、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