都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

ht +0.10 //					年	月	日
<u>情報提供先事業所</u> 担当	 殿						
	医療機関の所		び名称				
		<u>話番号</u> 番号					
	<u> </u>	<u>爾罗</u> 市氏名				印	
(ふりがな)			= −			· ·	
患者氏名		男					
思有氏名		· 女					
明・大・昭年月	日生(歳)		連絡先	()		
患者の病状、経過等							
(1)診断名(生活機能低下の直接の原因とな		は特定	 『疾病について	には1.に記		———— 発症年月	日
1.	発症年月		昭和・平成・		年 月		頃)
2.	 発症年月	-	昭和・平成・		<u>一 </u>		<u>頃)</u>
3.		•	<u>昭和・平成・</u>		<u>一 </u>		<u>頃)</u>
(2)生活機能低下の直接の原因となっている						Н	頃 /
(2) 工作成形医工の直接の原因となっている			2/X 0*1X X P 1 T	T C D O /L //	אריזים.		
(3) 日常生活の自立度等について							
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		□J2	\square A1 \square A			C1 □C	2
・認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □ I			Ia □IIIb		M	
(4)診療形態	入院患者の場合						
外来・・訪問診療・・入院	入院日:	年	月 日	退院日:	年	月	日
介護サービスを利用する上での留意点、介護プ	5法等						
(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高		トその	対処方針				
	下 □褥瘡 □心肺			こもり	意欲低下	□徘	徊
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水					72.19.19.4)
→ 対処方針 ()
	4 - D \ 7						
(2)サービス利用による生活機能の維持・改善の地法できない。		- 88					
□期待できる □期待できない			7.0+4A/41- L II	担供さんて出			`
(3) サービスの必要性(特に必要性の高いもの □訪問診療 □訪問看護			アの柏りにより 診療			かまり。)
□訪問リハビリテーション □短期入所							
□通所リハビリテーション □その他の		可四年日	#1 T-11 + 1		及 升 11 寸		
(4)サービス提供時における医学的観点から				,			
・血圧 □特になし □あり(□特に	なし 口あり	()
・摂食 □特になし □あり()•運動	□特に	なし 口あり	()
・嚥下 □特になし □あり()・その他	1 ()
患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の認	ᄪᄪᅡᄴᇸᆉᄼᅩᇆᆂ	コンア心	(亜かま揺笙				
	木庭と心境社会にも	0.0.0	女は又汲守				
(1)利用者の日常生活上の留意事項							
 (2)社会生活面の課題と地域社会において必	亜か支煙						
(2)社会生活面の課題 □特になし □あり	女体义阪						
「正五工/1回い床恩 口切になし 口のり」)
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·)
(2)特記事項							