

診療情報提供書

(ヴァンサンク ポルテ)

(新規利用)

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生	歳	
住所								
現症	診断名及び発症年月日							
	1. _____	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	発症年月日 (		年	月頃)
2. _____	<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	発症年月日 (		年	月頃)	
服薬	<input type="checkbox"/> 無	現在の処方薬剤等						
	<input type="checkbox"/> 有							
禁忌薬剤等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (			)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (
既往歴	病名 <input type="checkbox"/>別紙参照							
	1. _____			(	年	月頃)	
2. _____			(	年	月頃)		
・精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状)								
・認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)								
・日常生活自立度 (正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2)								
・感染性疾患について								
HBsAg (+・-) ・ HCV (+・-)								
身体状況等	<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位:			程度:	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度)
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位:			程度:	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度)
	<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:			程度:	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度)
	<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位:			程度:	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度)
	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動		上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
通所介護における医学的観点からの留意事項								
血圧等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり() (通常時 BP / ・サービス提供中止 上限 BP / 下限 BP /)								
嚥下等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()								
移動等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()								
入浴等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()								
送迎等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()								
機能訓練等について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()								
その他 ()								
平成 年 月 日								
上記のとおり、通所介護の利用は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 と診断します。								
所在地								
医療機関名称								
医師氏名								
印								