

# 診 療 情 報 提 供 書

( ヲ ヌ ン サ ン ク ポ ル テ 平 野 )

( 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 の 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		膝関節 <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		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							