

# 診療情報提供書 (通所)

介護老人保健施設 イルアカーサ

令和 年 月 日

施設長殿

医療機関名

所在地・電話番号

医師氏名

印

氏名		性別	(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所		電話		歳	職業
傷病名(通所リハビリを行う原因となった傷病名等)					
症状経過					
既往歴・家族歴					
検査所見	( 年 月 )				
	感染症	HBs抗原	(-・+・未)	HCV抗体	(-・+・未)
		ソ反	(-・+・未)	感染症等	
	胸部X線	異常なし・異常あり( )			
	心電図	異常なし・異常あり( )			
	血圧	( / )			
その他					
要介護状態 : 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護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 全面介助	食事	自立 見守り 一部介助 全面介助		
排泄	自立 見守り 一部介助 全面介助	入浴	自立 見守り 一部介助 全面介助		
着替	自立 見守り 一部介助 全面介助	整容	自立 見守り 一部介助 全面介助		
食事	□一般食 ( Kcal) □減塩 ( g) □糖尿 ( Kcal) □腎臓 ( Kcal) その他 ( )				
	□食形態 主食(常食・粗きざみ・きざみ・ソフト・ミキサー) 副食(常食・粗きざみ・きざみ・ソフト・ミキサー) 水分:200mlに対するトロミの値 ( )・その他 ( )				
	□その他				
	【処方・特別な医療・禁忌事項】				
【お願い】 当施設にお申込みをいただきましたご利用者様に関しての心身状態把握のため、本「情報提供書」に必要と思われる事項のご記入をお願いいたします。検査データにつきましては添付可能なデータの添付をお願いいたします。尚、検査データの有効期限は、検査日より3ヶ月以内となっております。ご多用中のところ大変恐縮ではございますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。					