

診療情報提供書

要介護 区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2・申請中・区変中	〒195-0064 東京都町田市小野路町1632番地 TEL:042-734-9500 FAX:042-734-3518		介護老人保健施設 町田さくらんぼ	
氏名	住所		TEL: () () () () () ()		
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
診断名・ 治療経過	※必要に応じて、別紙を添付してください。				
既往歴					
処方内容	(点眼薬も含む)				
現在の状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
血圧・脈拍	血圧	/ mmHg	脈拍	回/分	身長 cm 体重 kg
心電図	異常所見 無・有 ()				
アレルギー	薬物 : 無・有 ()		食物 : 無・有 ()		
治療食	無・有	詳細:			
感染症	無・有	詳細:			
問題行動	無・有	妄想・幻覚・幻視・独語・徘徊・暴力・暴言・異食・不潔行為・介護拒否 その他()			
A	1 移動 :	自立・一部介助・全介助	4 食事 :	自立・一部介助・全介助	
D	2 排泄 :	自立・一部介助・全介助	5 入浴 :	自立・一部介助・全介助	
L	3 更衣 :	自立・一部介助・全介助	6 座位保持 :	自立・一部介助・全介助	
自立度	認知度 : 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		寝たきり度 : 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
入浴施行の可否	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ※可の場合は下記のご記入をお願いします。				
利用上の注意点・利用中止すべき状況 (血圧・脈拍・体温等)					
リハビリ施行の可否	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ※可の場合は下記のご記入をお願いします。				
利用上の注意点・利用中止すべき状況 (血圧・脈拍・体温等)					
通所リハビリテーション利用に際しての医師の所見(注意事項等) ※必ずご記入をお願いします。					

※6か月以内の検査データがあれば添付してください。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印