

西淀川区統一様式診療情報提供書

様式2

□ 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）名

令和 年 月 日

□ 小規模多機能型居宅介護事業所名

□ 看護小規模多機能型居宅介護事業所名

担当介護支援専門員 殿

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------|--------------------------|----------|-------|
| <small>(ふりがな)</small> 利用者氏名 | | 性別 | | 要介護状態区分等 | |
| | | | | 最終受診日 | 年 月 日 |
| 電話番号 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日生 () 歳 | | |
| 利用者住所 | | | | | |
| 情報提供の目的 | | | | | |
| 傷病名 | 特定疾病または生活機能低下の直接原因になっているもの | | | | |
| | 1 | 発症日：昭和・平成・令和 年 月 日 | | | |
| | 2 | 発症日：昭和・平成・令和 年 月 日 | | | |
| その他の傷病名 | | | | | |
| 傷病の経過及び治療状況 | | | | | |
| 診療形態 | 外来・訪問診療・入院 | 入院患者の場合 | 入院日：令和 年 月 日 | | |
| | | | 退院日：令和 年 月 日 | | |
| 必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等 | | | | | |
| 入浴の可否 【 可 ・ 不可 】 | | | | | |
| 【入浴制限】 <input type="checkbox"/> 血圧 (以上 / 以上) <input type="checkbox"/> 体温 (°C以上) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 障害高齢者の生活自立度 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | | |
| 運動機能障害 【 有 ・ 無 ・ 不明 】 部位 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | |
| 行動障害 【 有 ・ 無 ・ 不明 】 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等 | | | | | |
| (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要な支援 | | | | | |
| 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ➡ () | | | | | |
| 必要な支援 () | | | | | |
| (3) 特記事項 | | | | | |

