

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
 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

令和 年 月 日

担当介護支援専門員 殿

医療機関名
 所在地
 電話番号
 F A X 番号
 医師氏名 印

患者氏名	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	
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	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 ()			

令和2年3月5日付厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」通知
 令和3年8月 西淀川区医師会にて承認（令和3年10月1日より運用）