（令和３年９月作成様式）

診療情報提供書 〈射水市介護保険サービス用〉

※宛先(事業所名)

作成日　　年　　月　　日
医療機関名・所在地

医師氏名

ふりがな 氏　名		男・女	明治・大正・昭和 年　月　日生(　歳)
住　所		電話番号	(　　)　　—

要介護認定	要支援 □1 □2 、要介護 □1 □2 □3 □4 □5 、□申請中 、□未申請
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 □不明
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M □不明

診断名		発症年月日	年　月頃
		発症年月日	年　月頃
		発症年月日	年　月頃
既往症		発症年月日	年　月頃
		発症年月日	年　月頃

治療経過及び治療内容 (特に注意が必要な薬剤情報)	

身体状況	麻　痺	□ 無　□ 有 →	胸部Ｘ線所見 撮影日　年　月　日 □ 異常なし　□ 異常あり □ 検査不能
	皮膚疾患	□ 無　□ 有 →	
	褥　瘡	□ 無　□ 有 →	
	食物・薬ｱﾚﾙｷﾞｰ	□ 無　□ 有 →	
	栄養状態	□ 良　□不良 →ｱﾙﾌﾞﾐﾝ　g/dl (参考:6か月以内値)	
	感染症	HBs抗原(＋・－)　HCV(＋・－)　検査日　年　月　日	
		検 査 名 (　　) 結果:	
精神症状	認知症	中核症状	□ 無　□ 有 →　□ 重度　□ 中度　□ 軽度
		行動・心理症状	□ 無　□ 有 →　□ 幻視・幻聴　□ 妄想　□ 昼夜逆転　□ 暴言　□暴行 □ 徘徊　□ 不潔行為　□ 異食　□ 介護への抵抗 □ その他(　　)
	精神・神経症状		□ 無　□ 有 →

介護サービス提供における留意事項	
入浴上の注意	□ 無　□ 有 → (入浴可能範囲の血圧値　　～　　mmHg)
食事上の注意 (治療食・制限食など)	□ 無　□ 有 →
送迎・移動上の注意	□ 無　□ 有 →
その他、特記事項など	□ 無　□ 有 →

※目的

【依頼者】事業所名(　　)
担当者名(　　)

書類作成依頼の際は、別紙「診療情報提供書の依頼」(A5 版)を必ず添付。

※所定の内容の記載により「診療情報提供料(Ⅰ)」が算定できます。