

# 診療情報提供書（デイケア・ショートステイ）

|   |          |    |                         |           |  |
|---|----------|----|-------------------------|-----------|--|
| フリガナ  |          | 性別 |                         | 年 月 日（ 歳） |  |
| 氏名  |          | 男女 | 生年月日                    |           |  |
| 住所  |          |    |                         | 電話番号      |  |
| ■現在治療中の疾患名（発症日）                               |          |    | ■既往歴（発症日）               |           |  |
| 1   | ( 年 月 日) | 1  | ( 年 月 日)                |           |  |
| 2   | ( 年 月 日) | 2  | ( 年 月 日)                |           |  |
| 3   | ( 年 月 日) | 3  | ( 年 月 日)                |           |  |
| 4   | ( 年 月 日) | 4  | ( 年 月 日)                |           |  |
| 5   | ( 年 月 日) | 5  | ( 年 月 日)                |           |  |
| ■現病歴の経過                                       |          |    | ■現在の治療・処置               |           |  |
|   |          |    |                         |           |  |
| ■その他、現病に係る注意すべき事項など                           |          |    | ■リハビリ及び入浴が可能な血圧・脈拍値     |           |  |
|   |          |    | / mmHg～ / mmHg<br>～ 拍/分 |           |  |
| ■感染症関連有無（ ）                                   |          |    | 新型コロナウイルスワクチン接種日        |           |  |
| HBs抗原（-・+）                                    |          |    | （ 月 日） （ 月 日）           |           |  |
| HCV抗体（-・+）                                    |          |    | その他（ ）                  |           |  |
| 疥癬（-・+）                                       |          |    |                         |           |  |
| ■障害高齢者の日常生活自立度（ J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 ）     |          |    |                         |           |  |
| ■認知症高齢者の日常生活自立度（ 無・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V ） |          |    |                         |           |  |
| ■現症   |          |    |                         |           |  |
| 精神症状（ 無・有 ）（ 妄想・幻覚・攻撃的・その他： ）                 |          |    |                         |           |  |
| 意思の疎通（ 可・不可 ）                                 |          |    |                         |           |  |
| 運動麻痺（ 無・有 ）（ 部位： ）                            |          |    |                         |           |  |
| 移動（ 独歩・杖・歩行器・車椅子・寝たきり・その他： ）                  |          |    |                         |           |  |
| 褥瘡（ 無・有 ）（ 部位： ）                              |          |    |                         |           |  |
| 気管切開（ 無・有 ）                                   |          |    |                         |           |  |
| カテーテル留置（ 無・有 ）（ 部位： ）                         |          |    |                         |           |  |
| その他の身体状況（ ）                                   |          |    |                         |           |  |

上記にて、介護保険によるサービス利用を（ 可・否 ）と認めます。

年 月 日 医療機関 所在地

名称

主治医

印