

# 介護老人福祉施設医療情報提供書(診断書)

医療機関名:

所在地:

電話番号:

医師氏名:

㊦

紫水園 施設長宛

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	
氏名			年	月 日
要介護の原因となった傷病名		既往歴		
認知症の診断: <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし (該当するものにチェックをつけて下さい)				
<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 ・ <input type="checkbox"/> 血管性認知症 ・ <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 ・ <input type="checkbox"/> その他( )				
現	現症			
	処方・処置内容			
症	日常生活動作(ADL)の状況(該当するものに○をつけて下さい)			
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)(該当するものに○をつけて下さい)			
	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○をつけて下さい)			
	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
感染症	HBS(- ・ +) HCV(- ・ +) 梅毒(- ・ +) MRSA(- ・ +)[部位 ]			
	疥癬(- ・ +)[ ] X-P 所見[ 結核所見 ]			
	その他[ ]			
総合所見【①施設利用の可否②臨床検査上の問題③食事形態・摂取量・嚥下状態④入浴・リハビリに対する事項】等のご意見を下さい				

※検査所見については、検査結果・成人病検査の写しでも結構です。

紫水園