

通所・訪問リハビリテーション事業所 診療情報提供書

医療法人社団永生会
クリニック 0(ゼロ) 施設長殿

医療機関名：
所在地：
電話番号：
医師名：

年 月 日

ふりがな 利用者氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日(歳)
要介護の原因となった疾病名・状態像	既往歴

現	現 病 歴	
	処方・処置内容	
	その他治療中の疾病	
病	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)	
	・ 正常 I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立している II 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さは多少見られても、誰かが注意していれば自立可能 III 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、介護を必要とする IV 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回に見られ、常に介護が必要 M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体状態が見られ、専門医療を必要とする	
感 染 症	HBS(-・+) HCV(-・+) 梅毒(-・+) MRSA(排菌の可能性のあるもの)(-・+)[部位] 疥癬(-・+) [] X-P所見[] 結核所見 [] その他()	

※検査所見は検査結果・成人病の写しでも結構です。不明な点は再度お伺いする事がございますが、ご了承下さい。

総合所見【①リハサービス利用の可否 ②臨床検査上の問題点 ③食形態・摂取量・嚥下状態 ④リハビリに対する注意事項】
①
②
③
④