

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
永生クリニック 担当医

医療機関名：
所在地：
電話番号：
医師名：

年 月 日

ふりがな	生年月日
利用者氏名	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	HBS(一・十) HCV(一・十) 梅毒(一・十) MRSA(排菌の可能性のあるもの)(一・十)[部位]	
染	疥癬(一・十) [] X-P所見[] 結核所見 []	
症	その他()	

※感染症については健診結果の写しでも結構です。可能な範囲でご記入をお願い致します。

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	