

連携先・緊急入院先医療機関等名

連携医 科 様

平成 年 月 日

在宅療養支援診療所の所在地及び名称

電話番号

緊急時連絡先

☆在宅療養支援診療所でのID番号

医師氏名



(新規・更新) 情報

患者氏名	性別	男	・	女
患者住所				
電話番号				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳) 職業

傷病名

既往歴及び家族歴

病状、診療内容及び治療経過等
訪問診療開始月日及び現在の在宅訪問回数等

最近の検査結果等 (症状経過、検査結果及び治療経過)

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)	申請なし・非該当
--	----------

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

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助	備考
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助	
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助	

現在の処方内容等
定期処方

臨時処方

その他の特記事項
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク) など

- 備考
- 在宅療養支援診療所届出医療機関は連携医師・連携保険医療機関・連携地域医師会等に対し、随時情報提供を行うこと。ただし、容態の変化等があった場合には速やかに情報提供を行うこと。
 - 連携医師・連携保険医療機関・連携地域医師会等においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制にて保管すること。

☆ ○○病院様 当該患者から直接連絡がある際、本院のID番号を伝えることがありますので、よろしくご対応お願いいたします。