

居宅介護支援事業者向け診療情報提供書(モデル案)

平成 年 月 日

〇〇居宅介護支援事業所 様

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)	職業	
診療形態	1. 外来 2. 訪問診療 3. 入院(平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑い含む)	発症年月日	昭和・平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発 / 再発	1. 初発 2. 再発(年 月 日初発)	
その他の 主たる傷病名			
寝たきり度(該当するものに○)			
J 一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。		
A 準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。		
B 寝たきり1	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。		
C 寝たきり2	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。		
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)			
移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助
認知症老人の日常生活自立度(該当するものに○)			
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能。		
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。		
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護が必要。		
M	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。		
病状・既往歴・治療内容・退院の年月日等 最近の寝たきり度、ADL状況、認知症度の変化			
訪問診療 有(月 回程度) 無		訪問看護 有(月 回程度) 無	
必要と考える保健福祉サービスの内容等、提供する情報の内容 ケアプラン作成上の留意点等			
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所
<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問栄養指導
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> その他	
上記サービス利用上での問題点等			
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーへの一言アドバイス			

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。 2. わかりやすく記入すること。 3. 必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。