

診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 ふれ愛の里 殿

ふりがな			男 ・ 女	大正・昭和	
氏 名				年 月 日生 (歳)	
住 所					
介護認定	未済・済・要介護 () ・要支援 ()		有効期限：	年 月 日	
病 名					
病歴及び現症					
現在の処方 (コピーでも可)					
既 往 歴					
結核の既往	有 ・ 無 ・ 不明	アレルギー	有 () ・ 無		
感染症	HBs抗原 () HCV () TPHA () MRSA感染既往 () その他 () ・ 無				
身長：	体重：	血圧：	～	mmHg	
認知症の有無	有 (程度：軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無				
BPSDの有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ()				・ 無
皮 膚 病	疥 癬・白 癬・皮膚掻痒症・褥 瘡 部位 ()				・ 無
移 動	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助				
食 事	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助 ・ お せ や す い				
排 泄	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助				
入浴着脱衣	自 立 ・ 見 守 り ・ 一 部 介 助 ・ 全 介 助				
本人及び家族の要望					
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)					
通所・訪問リハビリテーションの目標					
<input type="checkbox"/> 心身機能の維持・改善 <input type="checkbox"/> 基本動作の維持・改善 <input type="checkbox"/> ADLの維持・改善 <input type="checkbox"/> IADLの維持・改善 <input type="checkbox"/> 社会参加活動の維持・改善 <input type="checkbox"/> その他 ()					
リハビリ実施上の留意点等					
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 呼吸症状 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 ()					

令和 年 月 日

住 所 〒

医療機関名

医 師

印