

通所リハビリテーションご利用にあたる情報提供書(主治医意見書の転記)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員様が作成のフェイスシートのご提出

事業所名： _____

介護保険証・介護保険負担割合証のコピーのご提出

記入者名： _____

診療情報提供書又は看護・リハ サマリーのご提出(退院・退所後の新規ご利用者様)

(医師記入日： 年 月 日)

ご利用者 氏名	(ふりがな)	医療機関	医療機関名	
			医師氏名	
			受診されている診療科名	
	(生年月日) 年 月 日		連絡先 TEL ()	

他医療機関・他診療科の受診の有無 無 有 (医療機関名： _____)

(有の場合)⇒ 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科
 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名

発症年月日 (年 月 日頃)

発症年月日 (年 月 日頃)

発症年月日 (年 月 日頃)

ご把握している既往歴

生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

※通所リハビリテーション開始のための直近の診療情報提供書の必要性の有無 無 有 (有の場合:利用前もしくは概ね利用開始1カ月以内にご提出)

特別な医療処置(過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の管理 経管栄養 その他

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度) 褥瘡の処置 失禁の対応(コンドムカテーテル、留置カテーテル等) その他

日常生活の自立度について

・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

認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常生活の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断ができない

・自分の意志の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

認知症の行動・心理症状(BPSD)(該当する項目すべてにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 ⇒ 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

その他の精神・神経症状

無 有 ⇒ [症状名： _____ 専門医受診の有無 有 () 無]

移動

・屋外歩行 自立 介護があればしている していない

・車いすの使用 用いない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

・歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いない 屋内で使用 屋外で使用

栄養・食生活

・食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

・現在の栄養状態 良好 不良

⇒栄養・食生活上の留意点 ()

サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・ 血圧 特になし あり() ・ 移動 特になし あり()

・ 摂食 特になし あり() ・ 運動 特になし あり()

・ 嚥下 特になし あり() ・ その他 ()

感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 ⇒ () 不明

特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的ご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付していただいても結構です。)