

紹介状・診療情報提供書

小規模多機能型居宅介護事業所　ときわ野

施設長 殿

ふりがな		男女	明治・大正・昭和	血液型 型 Rh(+・-)
氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒 TEL ()			
介護認定	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) 未申請・認定中	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
既往歴及び病名 * 病名が多い場合 空欄に記入	①	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		
	②	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		
	③	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		
	④	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		
	⑤	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		
	⑥	(発症日 年 月 日頃) 医療機関名: 入院期間:		

身長:	cm	体重	kg	血圧 / mmHg					
感染症	HBsAg (+・-)	TPHA (+・-)	結核既往						
	HCV (+・-)	MRSA感染(有・無)	部位:()						
認知症の有無	有 (程度:軽・中・重 *HDS-R 点 年 月 日) ・無								
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 有 <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"/> 暴行 ・無 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	皮膚病 疥癬・白癬・皮膚掻痒症・その他 () ・無								
移動	自立(独歩・杖)・見守り・間接介助・直接介助・車椅子(有・無)								
食事	自立・見守り・間接介助・直接介助 (治療食など;)								
飲み込み	できる やや困難 できない むせ(有・無) *経管栄養 有(経鼻・胃ろう) ・無								
尿失禁	有 パット使用(有・無) おむつ使用(有(昼・夜)・無) ・無								
排尿	自立・見守り・間接介助・直接介助 フォーレ使用中								
便失禁	有 パット使用(有・無) おむつ使用(有(昼・夜)・無) ・無								
排便	自立・見守り・間接介助・直接介助								
入浴・着脱衣	自立・見守り・間接介助・直接介助								
日常生活動作の自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症症状の自立度	なし	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	