都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（医師）

令和 年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | （ふりがな） | 男  ・  女 | 〒 － |
|  |  |
|  |  |
| 明・大・昭 年 月 日生( 歳) | 連絡先 ( ) |

利用者の病状、経過等

|  |  |
| --- | --- |
| (１) 診断名（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については１.に記入）及び発症年月日 | |
| １． 発症年月日 （昭和・平成・令和 年 月 日頃 ） | |
| ２． 発症年月日 （昭和・平成・令和 年 月 日頃 ） | |
| ３． 発症年月日 （昭和・平成・令和 年 月 日頃 ） | |
| (２) 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  〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕 | |
| (３) 日常生活の自立度等について  ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)  ・認知症高齢者の日常生活自立度 | □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2  □自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □Ｍ |

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

|  |
| --- |
| (１) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針  □尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊  □低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他（ 　　　）  →　対処方針 （ ） |
| (２)サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し  □期待できる □期待できない □不明 |
| (３) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）  □訪問診療 　　□訪問看護 　　□訪問歯科診療　　　　□訪問薬剤管理指導  □訪問リハビリテーション　　□短期入所療養介護　　□訪問歯科衛生指導　　□訪問栄養食事指導  □通所リハビリテーション 　□その他の医療系サービス（ 　　 ） |
| (４) 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 （ ） |

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

|  |
| --- |
| (１) 利用者の日常生活上の留意事項 |
| (２)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援  社会生活面の課題 □特になし □あり（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  →　必要な支援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| (２) 特記事項 |