

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	大正・昭和	
氏 名			・	年 月 日生	
			女	(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	☐ 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 ☐ 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)					
訪問リハビリテーションの目標					
☐ 心身機能の維持・改善 ☐ 基本動作の維持・改善 ☐ ADLの維持・改善 ☐ IADLの維持・改善 ☐ 社会参加活動の維持・改善 ☐ その他 ()					
リハビリ実施上の留意点等					
☐ 転倒 ☐ 痛み ☐ 血圧変動 ☐ 不整脈 ☐ 呼吸症状 ☐ めまい ☐ その他 ()					

令和 年 月 日

住 所 〒

医療機関名

医 師

印