

診療情報提供書 作成依頼書

令和 年 月 日

病院・クリニック(医事課) 御中

診療科 科 先生御侍史

貴院へ通院されておられます (生年月日 M・T・S) 様につきまして、
年 月 日生)

この度、当デイサービス事業所のご利用を希望されております。
(介護予防・認知症対応型通所介護)

当デイ利用には、認知症高齢者の日常生活自立度 I 以上が必要です。

このため、先生のご意見を賜りたく考えております。

ご多忙中、誠に恐縮ですが、当事業所での活動・ケアの為、ご本人様の状態を
別紙、診療情報提供書にてお教えいただきたいと存じます。
なお、必要と認められる際には、各種検査結果(写し可)を添付いただければ幸いです。

(なお、各種検査結果につきましては現在までに判明しているもののみでっこうです)

以上

〒590-0131

堺市南区柵194-2
コミュニティサロンはつが
TEL 072(295)8200
FAX 072(295)8201

診療情報提供書

氏名	男・女	M・T・S	年	月	日生
()歳					
住所					
身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg
視力 正常・() / 聴力 正常・()					
既往歴 (発症年)					
現症 及び疾患 名					
血液・尿・ 胸部X線 検査結果 及び診察 所見					
感染症	有	無	皮膚疾患	有	無
留意事項			留意事項		
投薬情報			(精神面) 周辺症状 に関する 留意点	●身体拘束の必要性の有無 有 無 ※有の場合の理由として ()	
障害高齢 者自立度	自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2		認知症 自立度	自立・I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	
介護サー ビス利用 にあつ て	デイサービス(7時間程度)の利用	望ましい・やや困難・不適當			
	体温・血圧の測定及び調整	不必要・適宜必要・変動に注意する			
	可動域の制限の有無、その部位	有・無			
	機能訓練を行う際の留意点				
その他特記事項					
医師の所見及び連絡事項					

上記のとおり、情報提供いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

診療科

医師名

印