

診療情報提供書

日付；

在宅緩和ケアクリニックきずな

担当医： 平原 克己 先生御机下

紹介元医療機関
の所在地及び名称

電話番号：

FAX：

医師氏名：

e-mail：

患者氏名：

患者住所：

電話番号：

職業：

生年月日：

年齢： 才

傷病名；

紹介目的；

嗜好；

粉塵暴露歴及び職業歴；

家族歴；

既往歴；

現病歴、検査所見、治療経過；

ご多忙のところまことに申し訳ありませんが、よろしく願いいたします。

現在の処方；

添付資料；

要介護状態等区分；非該当 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

障害高齢者の日常生活自立度；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

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

排泄；自立 見守り 一部介助 全介助 入浴；自立 見守り 一部介助 全介助

着替；自立 見守り 一部介助 全介助 整容；自立 見守り 一部介助 全介助

装具・使用医療機器等；なし 気管切開 胃瘻 経管栄養 フォーレカテテル留置 IVH HOT NPPV その他