

診療情報提供書（デイケア用）

ふりがな	生年月日
氏名 様 男・女	明・大・昭 年 月 日（ 歳）

〒 Tel

住所

現病歴・既往歴及び障害名 発症年月

現病・既往 年 月	現病・既往 年 月
現病・既往 年 月	現病・既往 年 月
現病・既往 年 月	現病・既往 年 月
現病・既往 年 月	現病・既往 年 月
現病・既往 年 月	現病・既往 年 月

症状・経過

服薬中の薬剤

検査項目・感染症

MSRA	検査の必要性 有・無	深部感染の疑いの方は必ず検査をお願いします。
結核	レントゲン添付の必要性 有・無	結核の既往歴のある方は胸部レントゲンを添付してください。

・特記事項

※その他、胸部X線、心電図、血液検査、感染症等のデータがあれば最新のもののコピーを添付して下さい。

現在の身体状況

運動障害 無・有（ ）	言語障害 無・有（ ）
知覚障害 無・有（ ）	嚥下障害 無・有（ ）
疥癬 無・有（ ）	皮膚障害 無・有（ ）
精神障害 無・有（ ）	褥瘡 無・有（ ）
認知症 無・有（ 軽度・中度・重度 ）	問題行動 無・有 徘徊・奇声・異食・不穏・昼夜逆転
その他の障害 無・有（ ）	その他（ ）

障害高齢者の日常生活自立度 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

認知症高齢者の生活自立度 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

リハビリテーションの留意点・注意事項

アレルギー・禁忌（食物・薬剤）・注意事項など 身体障害者手帳（ 級）

障害名：

緊急時の対応及び対応方法

令和 年 月 日

医療機関名

住所

TEL

FAX

主治医 氏名

印

