

総合事業利用に関する診療情報提供書

記入年月日 年 月 日

守山市長あて

氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日	(歳)
住所			電話					
上記の患者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本診療情報提供書が総合事業サービス計画に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない 医師氏名 医療機関名 電話 医療機関所在 FAX								

1 傷病に関する情報

(1)診断名(特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を記入)								
1		発症年月日	(	平成	年	月	日	ごろ)
2		発症年月日	(	平成	年	月	日	ごろ)
3		発症年月日	(	平成	年	月	日	ごろ)
(2)症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)								
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過および治療内容(服薬内容、診断の基になった検査結果を分かる範囲でご記入ください)								

2 心身の状態に関する情報

(1)日常生活の自立度								
障害高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2)身体の状態								
<input type="checkbox"/> 血圧 (/)								
<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> その他(部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位:) (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)								
<input type="checkbox"/> 失調・不随運動 ・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左								
<input type="checkbox"/> その他()								
(3)認知症の中核症状								
①短期記憶			<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり				
②日常の意志決定を行うための認知能力			<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない		
③自分の意志の伝達能力			<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			

3 生活機能に関する情報

(1) 移動			
①屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
②車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
③歩行補助具・装具の使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
①食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
②現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
③摂食状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
④嚥下状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	

4 サービス利用に関する意見

(1) サービス利用の可否			
①通所型サービス	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否 (理由:)	
②訪問型サービス	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否 (理由:)	
(2) サービス利用における留意事項			
①運動制限について			
<input type="checkbox"/> 特になし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 関節可動制限(部位:)	制限範囲:)	
	<input type="checkbox"/> 時間制限()		
	<input type="checkbox"/> 禁止行為()		
	<input type="checkbox"/> 血圧制限(最高値 mmHg以上または mmHg以下)		
	<input type="checkbox"/> その他()		
②入浴サービス利用時の禁止条件について			
<input type="checkbox"/> 特になし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 血圧制限(最高値 mmHg以上または mmHg以下)		
	<input type="checkbox"/> 体温(度以上)		
	<input type="checkbox"/> その他()		
③食事条件について			
<input type="checkbox"/> 特になし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> カロリー制限()	<input type="checkbox"/> 塩分制限()	<input type="checkbox"/> 水分制限()
	<input type="checkbox"/> カリウム制限()	<input type="checkbox"/> アレルギー()	
	<input type="checkbox"/> その他()		
④日常生活上の注意点について			
<input type="checkbox"/> 特になし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 歩行状況(<input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 転倒)		
	<input type="checkbox"/> 疾患に伴う注意点		
	()		
	<input type="checkbox"/> その他()		

5 特記すべき事項

--

6 サービス担当者会議出席の有無

<input type="checkbox"/> 出席する	<input type="checkbox"/> 出席しない	<input type="checkbox"/> 日程により出席する
・出席を希望される場合は、後日担当ケアマネジャーより日程調整のご連絡をさせていただきます。		
・出席を希望されない場合は、本書を主治医の照会文として利用させていただきます。		