診療情報提供書

平成 年 月 日

連携医療機関名

〒

住所

施設名

電話

先生侍史

FAX

医師名

日付	連携元施設名	連携元医師名		連携先施設名	連携先医師名
		印	⇒		
		印	⇒		
		印	⇒		

患者基本情報

かぞえ名					
患者氏名	生年月日				
	年齢	歳	性別		
患者住所					
電話番号					

キーパーソン その他情報

キーパーソン	続柄		
	電話番号		
住所等			
かかりつけ医	訪問看護ステーション		
医療処置	☐ 酸素療法 ☐ IVH	介護保険	☐ 有 ☐ 無
	☐ 吸引 ☐ 吸入 ☐ 人工肛門	介護度	
	☐ 創処置 ☐ その他 ()	ケアマネジャー	

ADL状況 (変更時は斜線を引き変更になった項目に✓を付ける)	移動	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 車いす
	食事	☐ 経口自立 ☐ 経管 ☐ 胃瘻
	入浴	☐ 自立 ☐ 要介助
	排泄	☐ 自立 ☐ 要介助
	更衣	☐ 自立 ☐ 要介助
	整容	☐ 自立 ☐ 要介助
障害高齢者の日常生活自立度	☐ ランクJ ☐ ランクA ☐ ランクB ☐ ランクC	
コミュニケーション状況	☐ 伝えられる ☐ 具体的要求に限る ☐ 伝えられない	
備考欄		

診療情報提供書

患者氏名 ()

傷病名	
既往歴	
症状・治療経過および検査結果	
現在の処方内容	
今後予測される症状	
往診時の注意点	