

診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日

殿

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

(印)

平成 年 月 日付で、診療情報提供書により情報をいただきました下記の患者につきまして、回答いたします。

(フリガナ)		性 別	生年月日		
患者氏名		男・女	明 大 昭	年 月 日生(歳)	
住 所			電話番号		

病 名					
検 査 結 果					
今後の治療方針	☐ 貴院で引き続き、御高診・御加療よろしく願いいたします。 ☐ () か月間程度、当科で外来診療させていただきます。 ☐ 当科にて入院治療をさせていただきます。 入院見込み期間:				
必 要 な 支 援	() か月後退院予定に合わせた支援計画立案				
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
認 知 症 の認知機能障害	短 期 記 憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり			
	意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない			
	意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない			
認 知 症 の BPSD	☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()			
介護支援における留意点等	発生の可能性の高い状態	☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()			
	生活機能の維持・改善の見通し	☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明			
	医学的管理の必要性	☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()			
	医学的観点からの留意事項	血圧: ☐ 特になし ☐ あり () 移動: ☐ 特になし ☐ あり () 摂食: ☐ 特になし ☐ あり () 運動: ☐ 特になし ☐ あり () 嚥下: ☐ 特になし ☐ あり () その他: ☐ 特になし ☐ あり ()			
	家族への指導内容				