

新潟市介護サービス共通 診療情報提供書

令和 年 月 日

御中

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -		電話			
現在の診療形態	: <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院		(年 月 日より)			
診断名						
紹介目的	<input type="checkbox"/> 通所		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 入所	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)		・ <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
既往歴				現病歴		
現在の処方				その他 (感染症等のデータがありましたらご記入ください)		

日常生活状況	移動	歩行 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		車いす : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	経口摂取 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 塩分制限食 <input type="checkbox"/> その他)	
	排泄	尿意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)	
		便意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
認知症の自立度	<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"/> V		

※補足の検査等が必要な場合は別紙「新潟市介護サービス共通連絡票」をご使用ください

新潟市介護サービス共通連絡票

患者氏名： 様	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日： <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢： 歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

<input type="checkbox"/> 胸部 X-P所見		<input type="checkbox"/> 心電図所見
	(年 月 日撮影)	(年 月 日)
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他の検査 (最近の検査データがありましたら添付してください)	
<input type="checkbox"/> HCV抗体：	<input type="checkbox"/> HBs 抗原：	<input type="checkbox"/> MRSA：
<input type="checkbox"/> 梅毒反応： <input type="checkbox"/> ワ氏 TPHA		

上記のとおりご連絡いたします。

令和 年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名