

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

⑩

| | | | | | | |
|---------|--|----|----------------------------|----------------------------|----|---|
| 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