

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