診 療 情 報 提 供 書(ショートステイ用)

フリガナ		男・女	生年月日
氏　名			大・昭・平 年　月　日（　歳）

診　断　名 （発症年月日）	
現在の症状及び 処方内容 （内服薬・外用薬）	※ 処方内容を添付ください。 ※ 最新のレントゲン検査や採血データ等あれば添付ください。
既　住　歴	
障害高齢者の 日常生活自立度 （寝たきり度）	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の 日常生活自立歴	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M
ショートステイ 利用目的	1　心身・ADL能力維持・向上　2　活動性維持・向上　3　生活の活性化 4　家族の介助量軽減　5　その他：
認知症有無	なし ・ あり（　）
問題行動	なし ・ あり（　）
褥瘡・皮膚疾患有無	なし ・ あり（部位および処置内容　）
禁忌・アレルギー	なし ・ あり（　）
身　長	cm　体　重　kg
特記事項	なし ・ あり

記　入　日：　年　月　日

医療機関名：

住　　所：

電 話 番 号 ：