

診 療 情 報 提 供 書

要介護 区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2・申請中・区変中	〒195-0064 東京都町田市小野路町1632番地 TEL:042-734-9500 FAX:042-734-3518	介護老人保健施設 町田さくらんぼ
氏名	住所		TEL: () () () () () ()
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
診断名・ 治療経過	※必要に応じて、別紙を添付してください。		
既往歴			
処方内容	(点眼薬も含む)		
現在の状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (理由:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
血圧・脈拍	血圧 / mmHg	脈拍 回/分	身長 cm 体重 kg
心電図	異常所見 無・有 ()		
アレルギー	薬物: 無・有 ()		食物: 無・有 ()
治療食	無・有	詳細:	
感染症	無・有	詳細:	
問題行動	無・有	妄想・幻覚・幻視・独語・徘徊・暴力・暴言・異食・不潔行為・介護拒否 その他()	
A	1 移動	自立・一部介助・全介助	4 食事: 自立・一部介助・全介助
D	2 排泄	自立・一部介助・全介助	5 入浴: 自立・一部介助・全介助
L	3 更衣	自立・一部介助・全介助	6 座位保持: 自立・一部介助・全介助
自立度	認知度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M / 寝たきり度: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
入浴施行の可否	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ※可の場合は下記のご記入をお願いします。		
利用上の注意点・利用中止すべき状況 (血圧・脈拍・体温等)			
リハビリ施行の可否	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ※可の場合は下記のご記入をお願いします。		
利用上の注意点・利用中止すべき状況 (血圧・脈拍・体温等)			
通所リハビリテーション利用に際しての医師の所見(注意事項等) ※必ずご記入をお願いします。			

※6か月以内の検査データがあれば添付してください。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印