（かかりつけの医療機関へ記入をお願いしてください。）

診 療 情 報 提 供 書

氏　　名		住　所	
生 年 月 日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）	性 別	男 ・ 女
主な既往歴			
現　在　の 主 な 病 名	高次脳機能障害（有・無）　難病（　　）		
現　在　の 主 な 症 状			
伝染性疾患 の　有　無	結核性疾患(有・無)・ＭＲＳＡ感染症(有・無)・伝染性皮膚疾患(疥癬など)（有・無） ワ氏反応(＋・－)・ＨＢｓ抗原(＋・－)・ＨＢｓ抗体(＋・－)・ＨＣＶ抗体(＋・－) その他伝染性疾患(有・無　　)		
治療の大要			
現　在　の 治　療　薬			
禁忌・注意 事　　項			
日 常 生 活 動作の状況	歩　行　□自立　□一部介助　□全介助 食　事　□自立　□一部介助　□全介助 排　泄　□自立　□一部介助　□全介助 着脱衣　□自立　□一部介助　□全介助 入　浴　□自立　□一部介助　□全介助		
認知症高齢者の日常生活自立度	□なし　□Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□Ｍ 徘徊などの問題行動（有・無　　）		
障害高齢者の日常生活自立度	□自立　□Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２		

令和　　年　　月　　日

（所在地）

医療機関　（名　称）

（医師氏名）　　印

周南市介護老人保健施設 ゆめ風車 施設長　あて

（発行医療機関の様式でもかまいません。）