

# 診療情報提供書

F A X : 0977-84-5890 【地域医療連携室専用】

施設名 \_\_\_\_\_ 病院・医院・センター \_\_\_\_\_ 科 主治医名 \_\_\_\_\_  
 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ 内線 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

患者氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ 男性・女性 生年月日  M・T・S・H  年 月 日 年齢 才  
 現住所 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_  
 ※ 保険情報はカルテ作成のため必要な情報をお願いします (保険証コピーご送付の場合は記入不要)  
 保険者番号 \_\_\_\_\_ 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 本人・家族 1割・2割・3割  
 公費番号 (更生医療・特定疾患等) 保険者番号 \_\_\_\_\_ 受給者番号 \_\_\_\_\_

【病名および合併症】 ※主病名を○で囲んでください	・ _____	年 月 日発症	・ _____	年 月 日発症
	・ _____	年 月 日発症	・ _____	年 月 日発症

特記事項

主病名が廃用症候群の場合 ※ 原因疾患名 ( \_\_\_\_\_ ) 発症日 年 月 日

疾患別リハビリの有無 有・無 有の場合 脳血管、運動器、呼吸器、心大血管、廃用、がん 起算日 年 月 日

手術の有無 有・無 有の場合 手術名 ( \_\_\_\_\_ ) 開腹 有・無 手術日 年 月 日

骨折等の術後リハビリテーションの指示  
 ・荷重開始日 年 月 日から (全荷重・部分荷重 / ) ・外固定除去の時期 年 月 日  
 ・全荷重可予定日 年 月 日 ・禁忌肢位 ( \_\_\_\_\_ )

【既往病名】 ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_

【現在の投薬内容】 ◎禁忌薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) ※ 薬剤情報提供書を送付の場合は記入不要

【現在の状態について】 ※ ③・⑤・⑥については裏面をご参照下さい

① (左・右・両) 片麻痺・不全麻痺 無	⑦ 高次脳機能障害や認知症の状況について
② ・失語症 (有・無) ・構音障害 (有・無) ・嚥下障害 (有・無) ・高次脳機能障害 (有・無)	
③ 意識レベル (JCS) I—1・2・3 II—10・20・30 III—100・200・300	
④ 看護必要度 (A 点) (B 点)	
⑤ 日常生活自立度 正常 / J1 / J2 / A1 / A2 / B1 / B2 / C1 / C2	⑧ 医療処置について 有・無 (有の場合は詳細な内容)
⑥ 認知症自立度 正常 / I / II / II a / II b / III / III a / III b / IV / M / 長谷川式 点	

【食事の形態について】 普通食 / 粥食 / キザミ食 / ミキサー食 / 嚥下食 / 経管流動食 / 胃瘻 / I V H

・特別食の内容 ( \_\_\_\_\_ )  
 ・食品アレルギー ( \_\_\_\_\_ )  
 ・経管流動食の内容 ( \_\_\_\_\_ )

【家族の状況等について】

ト  
 ・キーパーソン ( \_\_\_\_\_ )  
 ・発症前の生活場所 ( \_\_\_\_\_ )  
 ・個室希望 有・無・入院希望日 月 日

・主治医から患者・家族への現在の説明内容  
 ・本人・家族の疾病に対する理解及び希望内容

## 意識レベルの評価（JCS）

I	刺激しないで覚醒している状態	1	ほぼ意識鮮明だが、今ひとつはっきりしない
		2	見当識（時・場所・人の認識）に障害がある
		3	自分の名前や生年月日が言えない
II	刺激すると覚醒する状態 （刺激をやめると眠り込む）	10	普通の呼びかけで目を開ける。「右手を握れ」などの指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い
		20	大声で呼ぶ、体を揺するなど目を開ける
		30	痛み刺激をしながら呼ぶとかろうじて目を開ける。「手を握れ」など簡単な指示に応じる
III	刺激をしても覚醒しない状態	100	痛み刺激に対し払いのけるような動作をする
		200	痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
		300	痛み刺激に反応しない

## 日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
		1	交通機関等を利用して外出する
		2	隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	
		1	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
		2	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	
		1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う
		2	介助により車いすに移乗する
	ランク C	一日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	
		1	自立で寝返りをうつ
2	自力で寝返りもうたない		

## 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

I	何らかの痴呆を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、だれかが注意していれば自立できる
II a	家庭外で上記IIの症状がみられる
II b	家庭内でも上記IIの症状がみられる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする