

診療情報提供書

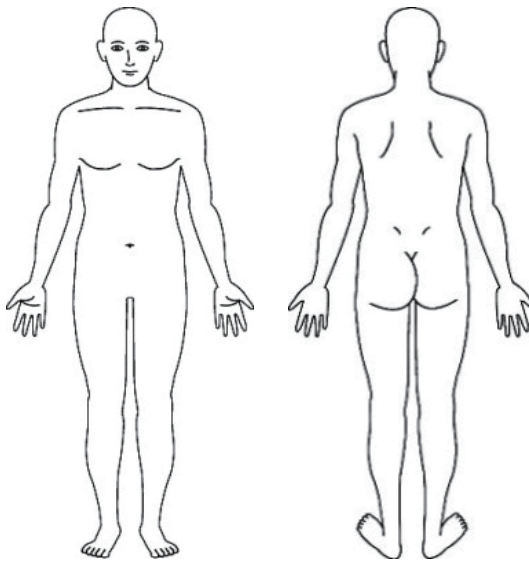
平成 年 月 日

紹介元

所在地
名称

TEL
医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年 月 日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
既往歴とその発症年月			
症状経過、検査結果及び治療経過		麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい	
			
現在の処方			
禁忌薬剤 ()			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M			
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)			
備考			