診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　　　様 | 生年月日 | 大 昭　　　年　　 月 　　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | みなべ町 | 要支援認定 | 要支援　１　２ |
| 要介護　１　２　３　４　５ |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立 J1　J2　 A1　 A2　 B1　 B2　 C1　 C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　 M |
| 介護保険サービス利用についての意見 |
| 利用（予定）の福祉用具 |  |
| 福祉用具利用の可否および医学的所見 | **必要あり　　　必要なし**　　　（該当事項を○で囲んで下さい。）【医学的所見】**Ⅰ～Ⅲのうち該当する項目を○で囲んで下さい**Ⅰ　疾病その他の原因により状態変動がしやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態Ⅲ　疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態 |
| 福祉用具使用の必要性等 | 傷病名 |  |
| 心身の状況等福祉用具の必要性 |  |
| 投与の薬剤 |  |
| 福祉用具を利用する上での留意点など |  |
| 上記情報を提供いたします。　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日医療機関の所在地　名　　称医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当介護予防支援事業所名 |  | 担当者 |  |