

## 指定居宅介護支援(介護予防支援)事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

年 月 日

担当 \_\_\_\_\_ 様

 医療機関名  
 住 所  
 T E L  
 F A X  
 診療科  
 医師氏名

フリガナ	生年月日		年齢
氏名			歳
住所	静岡市		
生活機能低下の直接原因となっている傷病名	発症年月日		
	発症年月日		
	発症年月日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 ( 回/ 週・月)	<input type="checkbox"/> 訪問診療 ( 回/ 週・月)	
入院患者の場合	入院 :	退院 :	
<b>必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等</b> <b>【必要なサービス】</b> <input type="checkbox"/> 疾病の状況について <input type="checkbox"/> 医療系サービス利用についての医学的意見 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 軽度者（主に要支援1、要支援2、要介護1）に対する福祉用具貸与（特例給付）に係る医学的所見 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> その他 <b>【静岡市地域包括支援センターへの情報提供】</b> <input type="checkbox"/> 総合相談の依頼 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業への参加			
<b>【上記サービスを必要とする理由】</b> ※福祉用具貸与を選択した場合は追加様式あり			
<b>【利用に際しての留意点等】</b> ・入浴 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可    (注意事項： ) ・運動 <input type="checkbox"/> 制限無 <input type="checkbox"/> 制限有    (注意事項： ) ・その他			
<b>障害高齢者の日常生活自立度</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <b>認知症高齢者の日常生活自立度</b> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			

(追加様式)

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について

特殊寝台、特殊寝台付属品（要支援 1、要支援 2、要介護 1）

<input type="checkbox"/>	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当する（パーキンソン病等）
<input type="checkbox"/>	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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
<input type="checkbox"/>	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「起き上がりが困難な者」か「寝返りが困難な者」のいずれかに該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

床ずれ防止用具、体位変換器（要支援 1、要支援 2、要介護 1）

<input type="checkbox"/>	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「寝返りが困難な者」に該当する（パーキンソン病等）
<input type="checkbox"/>	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「寝返りが困難な者」に該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
<input type="checkbox"/>	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「寝返りが困難な者」に該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

認知症老人徘徊感知機器（要支援 1、要支援 2、要介護 1）

<input type="checkbox"/>	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当し、移動において全介助を必要としない
<input type="checkbox"/>	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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当するに至ることが確実に見込まれ、移動において全介助を必要としない
<input type="checkbox"/>	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「意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者」に該当すると判断でき、移動において全介助を必要としない

自動排泄処理装置（要支援 1、要支援 2、要介護 1、要介護 2、要介護 3）

<input type="checkbox"/>	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当する（パーキンソン病等）
<input type="checkbox"/>	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「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当するに至ることが確実に見込まれる（がん末期等）
<input type="checkbox"/>	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「排便が全介助を必要とする者」及び「移乗が全介助を必要とする者」のいずれにも該当すると判断できる（呼吸不全、心不全等）

車いす、車いす付属品（要支援 1、要支援 2、要介護 1）

<input type="checkbox"/>		日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる
--------------------------	--	----------------------------

移動用リフト（要支援 1、要支援 2、要介護 1）

<input type="checkbox"/>		生活環境において段差の解消が必要と認められる
--------------------------	--	------------------------