

新潟市介護サービス共通 診療情報提供書

年 月 日

御中

医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師氏名

⑩

患者氏名	様	性別	☐ 男	☐ 女		
生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月	日	年齢	歳
住所	〒		電話			
現在の診療形態	☐ 外来 ☐ 往診 ☐ 入院 (年 月 日より)					
診断名						
紹介目的	☐ 通所 ☐ 短期入所 ☐ 入所					
要介護度	☐ 要支援 (☐ 1 ☐ 2) ・ ☐ 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)					
既往歴	現病歴					
現在の処方					その他(感染症等のデータがありましたらご記入ください)	

日常生活状況	移動	歩行	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
		車いす	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
	食事	経口摂取	☐ 可	☐ 不可	(☐ 糖尿食 ☐ 塩分制限食 ☐ その他)			
		尿意	☐ 有	☐ 無	(日中 : ☐ トイレ ☐ PTイレ ☐ オムツ)			
	排泄	便意	☐ 有	☐ 無	(日中 : ☐ トイレ ☐ PTイレ ☐ オムツ)			
		入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
	着脱	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助				
認知症の自立度	☐ 自立	☐ I	☐ IIa	☐ IIb	☐ IIIa	☐ IIIb	☐ IV	☐ V

※補足の検査等が必要な場合は別紙「新潟市介護サービス共通連絡票」をご使用ください

新潟市介護サービス共通連絡票

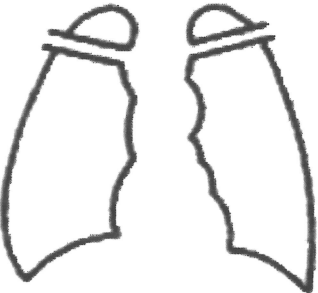
患者氏名：	様	性別：	☐ 男	☐ 女
生年月日：	☐ 明治	☐ 大正	☐ 昭和	年 月 日
年齢：				歳

※施設ご担当者様へ

貴施設を利用にあたり必要な検査がありましたら、利用者様にお渡し前に ☐ にチェックをお願いします。

※紹介元ご担当医様へ

☐ のチェック以外のものについては、わかる範囲でご記入ください。

☐ 胸部 X-P所見		☐ 心電図所見
		
(年 月 日撮影)		(年 月 日)
☐ アレルギー	☐ その他の検査(最近の検査データがありましたら添付してください)	
☐ HCV抗体：	☐ HBs 抗原：	☐ MRSA：
☐ 梅毒反応：ワ氏 TPHA		

上記のとおりご連絡いたします。

年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名