

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

印

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）
	排泄	尿意： ☐ 有 ☐ 無（日中： ☐ トイレ ☐ Ｐトイレ ☐ オムツ）
		便意： ☐ 有 ☐ 無（日中： ☐ トイレ ☐ Ｐトイレ ☐ 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