

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

令和 年 月 日

医師氏名 印

患者氏名									
患者住所					性別 男・女				
電話番号									
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業 無職									
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)									
既往歴									
現在の処方									
感染症 HcV抗体 (+ -) HBs抗原 (+ -) 梅毒反応 (+ -) HBs抗体 (+ -)									
要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 年 月 日~ 年 月 日)									
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度): 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									
日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助
本人及び家族の要望									
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)									
リハビリ 可 不可 (不可の理由)									