

指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所
居宅介護支援事業所
担当 _____ 様

(西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日

【紹介元】
医療機関の所在地及び名称 総合病院 土浦協同病院
電話番号 (代表) 029-830-3711
診療科 _____
医師氏名 _____ 印

患者氏名			電話番号	
			患者住所	
生年月日	(西暦)	生まれ	性別	職業

1. 患者の現状、経過等

傷病名 (生活機能低下の原因になっているもの)	
その他の傷病名	
入院期間	～
傷病の経過及び治療状況	
病状の説明内容と患者の希望	
障害高齢者の生活自立度	
認知症高齢者の日常生活自立度	

*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

栄養・口腔に関する情報	摂食方法	☐ 経口				
		☐ 経管栄養	投与経路	栄養剤名	ml/回	投与回数/日
	摂食嚥下機能障害	☐ なし	☐ あり			
	食物アレルギー	☐ なし	☐ あり			
	水分とろみ	☐ なし	☐ あり			
	食形態 *主食	☐ 米飯	☐ 軟飯	☐ 全粥	☐ その他	
	*副食	☐ 普通	☐ 軟菜		☐ その他	
	義歯利用	☐ なし	あり →	☐ 部分	☐ 総	
	内服管理	内服管理方法	☐ 自己管理	☐ 1回毎手渡し	☐ 1回毎内服介助	
内服薬について						
創傷処置（褥瘡を含む）						
療養上の工夫	☐ なし ☐ あり					
	→ ありを選んだ場合の工夫点					

指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書（裏面）

2. 退院後のサービスの必要性

☐ 訪問診療
 ☐ 訪問看護 → 特別指示書（☐ あり ☐ なし）

☐ 訪問リハビリテーション
 ☐ 訪問歯科診療
 ☐ 訪問薬剤管理指導
 ☐ 短期入所療養介護

☐ 通所リハビリテーション
 ☐ 訪問歯科衛生指導
 ☐ 訪問栄養食事指導
 ☐ その他の医療系サービス

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等（ADLに関する入院中の状態）

清潔	
最終ケア日	
排尿	
排便	
下剤使用の有無	
尿意・便意	
移動	
入院中のリハビリテーション	
自助具の使用	☐ なし ☐ あり → （ ）
必要とされる福祉用具	

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

利用者の日常生活上の 留意事項等		
社会生活面の課題と 地域社会において必要な支援	社会生活面の課題	☐ 特になし ☐ あり
	必要な支援	

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

意向の話し合い	本人・家族等との話し合いを実施していますか？			
	☐ 実施していない ☐ 実施している → 最終実施日（西暦）（ 年 月 日 ）			
	内容			

6. その他

次回外来日	※その他
特記事項	

病棟師長 _____
担当看護師 _____