

様式第1号

医療情報提供シート

記入日 年 月 日

| | | | |
|-----|-----------------|-----|---------------------|
| 申請者 | (ふりがな) | 男・女 | 被保険者番号 |
| | 大・昭 年 月 日生 (歳) | | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名 _____ 医療機関名 _____

電話 () _____ FAX () _____

1. 傷病に関する意見

(1) 最終診察日 年 月 日

(2) 診断名(生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日

| | |
|----|----------------------|
| 1. | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |
| 2. | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |
| 3. | 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) |

(3) 症状としての安定性 安定 不安定 不明 悪化
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(4) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの]についてはその診断の根拠等について記入

2. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 栄養・食生活・口腔機能

- ・現在の栄養状態 良好 不良
- ・現在の食生活 良好 不良
- ・現在の歯の状態 良好 不良
- ・現在の嚥下機能の状態 良好 不良

→栄養・食生活・口腔機能の留意点 ()

(2) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他()

→現状、今後の予測 ()

→対処方針 ()

(3) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(4) 運動プログラム提供時における医学的観点からの留意点

- 心疾患、不整脈を指摘されている
- 慢性閉塞性肺疾患を指摘されている
- 認知機能低下により、参加が困難
- その他、運動の制限や除外が必要と判断する疾患等がある
- 高血圧を指摘されている
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折の既往がある
- 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある

→ある場合の具体的な内容 ()

[具体的な留意事項]

[禁忌事項]

3. 特記すべき事項

介護予防サービス計画作成時に必要な医学的など意見等について記載ください。処方薬に対する留意事項や、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載ください。申請者に対する包括的支援を提供するため、栄養・貧血状態、血糖、腎機能等に関する血液データがあればご惠与いただけると幸いです。