

□居宅介護・介護予防指示書

令和 年 月 日

□診療情報提供書 (どちらかにチェックして下さい。)

【介護サービス・総合事業/利用目的(該当するものに○) : 在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所】

介護提供事業者・生駒市長

殿

医療機関名

担当医氏名

利用者氏名	生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女
利用者住所	電話番号						
診療形態	1 外来 (定期・不定期)		2 訪問診療		(第 曜日・第 曜日・不定期)		
	3 入院 年 月 日より		4 その他		()		
病名 1	病名 2						
病名 3	病名 4						
治療内容(投薬内容含む)							
病態の安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化							
発生の可能性が高い病態 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり							
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡							
<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 癌等による疼痛							
障がい高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C				認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し				1 期待できる		2 期待できない	
医学的管理の必要性 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療				<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護			
サービス提供時における医学的観点からの留意事項							
内服治療薬及び外用薬について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 管理が必要							
血圧について 入浴可能な身体状況 血圧: / mmHg以下、 / mmHg以上							
平常コントロール値 (/ mmHg) 体温 (°C)							
移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要							
<input type="checkbox"/> 移動時間に制限有り (分以内) <input type="checkbox"/> 施設の車両移送に耐えられる							
食事の形態について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 流動食・きざみ食・軟食 <input type="checkbox"/> カロリー制限 無・有(kcal/日)							
水分摂取(嚥下)について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トロミ等が必要 <input type="checkbox"/> 水分制限 無・有(cc/日)							
認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項 ()							
※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項							
<input type="checkbox"/> 安静時心電図 1.正常範囲 2. 調律異常 3. 心肥大 4. 刺激伝導異常 5. 虚血性変化							
6. その他()							
<input type="checkbox"/> 運動可能な血圧の上限(/ mmHg. <input type="checkbox"/> 運動可能な最大心拍数 回/分							
<input type="checkbox"/> 運動への参加 1. 可・2.否 ()							
<input type="checkbox"/> リハビリテーション施行について (時間的制限 有・無 約 分まで)							
実施 <input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> リハビリテーションをすすめて良い							
内容 <input type="checkbox"/> 可動域制限 無・有 ()							
<input type="checkbox"/> 疼痛 無・有 (箇所:)							
<input type="checkbox"/> 他動運動は禁止 <input type="checkbox"/> 自動運動・他動運動							
<input type="checkbox"/> メンタルリハビリ (音楽療法・作業療法)							
その他留意事項:							
その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見(栄養機能改善や、口腔機能向上に関する事等も含む)							