

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生(歳)			
		連絡先 ()		

利用者の病状、経過等

(1) 診断名（特定疾病または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 (年 月 日頃)
2.	発症年月日 (年 月 日頃)
3.	発症年月日 (年 月 日頃)
(2) 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 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 日常生活の自立度等について ・ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ・ 認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 ☐ 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 () → 対処方針 ()	
(2) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。） ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()	
(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ☐ 起居動作 ☐ 移動 ☐ 運動 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ 入浴 ☐ 摂食 ☐ 嚥下 ☐ 血圧 ☐ その他 () → 対処方針 ()	

利用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

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 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 ()
(3) 特記事項

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1) 意向の話し合い
☐ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）
☐ 話し合いを実施していない（ ☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外 ）

※（２）から（５）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向
□下記をご参照ください □別紙参照（記載した書類等： ）

(3) 話し合いの参加者
☐ 本人 ☐ 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）
☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（ ）

(4) 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

(5) その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）