紹介先医療機関等名

介護老人保健施設なぎさ 通所リハビリテーション

担当医 鎌田 収一

令和 年 月 日

__紹介元医療機関等の所在地・電話番号及び名称

							-	医帥氏名						ĦI
患者氏名										性別	男	•	女	
患者住所														
電話番号														
生年月日 明	・大・昭	召・平	年	月	日	(歳)	職業						
傷病名(生活機能	能の低下の	の原因となっ	た傷病名等	<u> </u>			紹介目的							
既往歴及び家族暦	<u> </u>													
症状経過、検査	結果及び	が治療経過												
現在の処方														
亚人类小彩茶豆	Λ.	亜十級 1		선모기대 AFT		亚人 类 1	亚人			4 =				
要介護状態等区	分 : 年	要支援1	要支援 2	全型的 年				要介護3	安介護	4 3	要介護 5			
障害高齢者の日					月 J 1		l) ! A 1	A 2	B 1	B 2	C 1		C 2	
				· 日立 : 自立	1	ll a		la IIIb	IV	M			C 2	
日常生活活動(포스타			<u> </u>	日本リ		ᅘᄼ			
移動	自立		一部介		面介助		食事	自立	見守り		部介助		面介即	
排泄 着替え	自立自立		一部介 一部介		全面介助 全面介助		入浴 整容	自立 ——自立 自立	見守り 見守り		部介助 部介助		È面介郥 È面介郥	
		. жил	HP71	<i>19</i>) ±	- 四 기 <i>切</i>)		正廿		元リッ		נעש וליחם		ЕЩЛА	//
本人及び家族の	要望													
現状の問題点・	課題(名	う後予想され	(るリスク)											
備考														
V用 与														
備考	1	必要がある	場合は続紙	に記載して	て添付する	<u>ること。</u>								

- 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
- 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村 保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。