

紹介先医療機関等名 老人保健施設コスモス 通所リハビリテーション

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態区分: 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
--

障害高齢者の日常生活自立度 : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
--

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
--

日常生活活動(ADL)の状況 (該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全介助	食事	自立	見守り	一部介助	全介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助
着替	自立	見守り	一部介助	全介助	整容	自立	見守り	一部介助	全介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 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、紹介先医療機関等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健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。