

介護サービスに係わる指導(助言)記録書 / (居宅療養管理・指導確認書)

・患者氏名	(男・女)	明・大・昭・平	年	月	日	生
・住 所 〒 -						
・電 話 ( )		FAX		( )		
〔 <input type="checkbox"/> 在 宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 〕			介護保険サービス利用 〔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〕			

【患者さんについての医療・介護情報】

○ ケアマネージャー(氏名)		(事業所)								
Tel			Fax							
○ 基礎疾患		・高血圧 ( / )		・リウマチ 有 無		・パーキンソン病 有 無				
・糖尿病 ・脳卒中(麻痺: 両側 右 左) ・その他										
○ 服薬情報			☆抗凝固剤使用 (無 ・ 有)							
◆ 要介護度		( 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5 )								
◆ 認定期間		( 年 月 日 ~ 年 月 日 )								
◆ 日常生活自立度 (障害高齢者自立度)		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2

*介護サービスをご利用する 上での留意点	
*家庭での介護方法等につ いて留意して頂きたい事項	
*その他	
保険医療機関名	
所在地 〒	
電話	FAX
担当歯科医師名	印