

診療情報提供書

年 月 日

(宛先) 狭山市長

【居宅介護（介護予防）支援事業者経由】

医療機関

名 称

所 在 地

電話番号

医師氏名

患 者 氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住 所	
電 話 番 号	( )

診 療 形 態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)
傷 病 名	
発 症 年 月 日	年 月 日
受 診 年 月 日	年 月 日
傷病からくる 機能の低下、 日常生活の制限	
必要と考えられる 介護（介護予防） サービス	
福祉用具貸与の 種別	<input type="checkbox"/> 特殊寝台（付属品含） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 車いす（付属品含） <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
福祉用具貸与の 必要性を判断する ための状態像	該当するものに、チェックをお願いします <input type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に94号告示第三十一号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象) <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに94号告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化) <input type="checkbox"/> iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から94号告示第三十一号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)