

新しい総合事業（H29.4 開始）の通所型サービスを希望する者で、運動プログラム参加に係るチェックシート（介護予防マニュアル）該当者用。

診療情報提供書（指定居宅介護支援事業所等向け）

年 月 日

事業所名 _____ 紹介元医療機関 _____
 担当ケアマネジャー _____ 殿 所在地 _____
 医療機関名 _____
 電話番号 _____
 FAX 番号 _____
 医師氏名 _____ 印

患者氏名	性別	男 ・ 女		
	職業			
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
患者住所	静岡県			
情報提供の目的	新しい総合事業（通所型サービス）で運動プログラムを利用するため			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの			
	発症日：昭和・平成・令和 年 月 日			
	発症日：昭和・平成・令和 年 月 日			
その他の傷病名				
疾病の経過及び治療状況				
診療形態	外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院患者の場合	入院日	年 月 日
			退院日	年 月 日
運動プログラムへの参加の可否				
○現時点で運動機能向上プログラムへの参加は				
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせたほうが良い → 理由： <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin-left: 10px;"></div>				
<input type="checkbox"/> 参加にあたり、留意事項等がありましたら御記入願います。 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin-left: 10px;"></div>				
障害高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				