

調剤薬局向け診療情報提供書(モデル案)

平成 年 月 日

〇〇調剤薬局薬剤師

様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	患者氏名			性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	歳	職業	
患者住所				電話番号	
傷病名	主病名の記載で可				
紹介目的	月2回程度の訪問薬剤指導				
寝たきり度（該当するものに○）					
J 一部自立（何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。）					
A 準寝たきり（屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。）					
B 寝たきり1（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。）					
C 寝たきり2（1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。）					
日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに○）					
移動	自立・一部介助・全面介助		食事	自立・一部介助・全面介助	
排泄	自立・一部介助・全面介助		入浴	自立・一部介助・全面介助	
着替	自立・一部介助・全面介助		整容	自立・一部介助・全面介助	
認知症老人の日常生活自立度（該当するものに○）					
I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。					
II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立可能。					
III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。					
IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。					
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。					
既往歴及び家族歴					
症状経過及び検査結果					
治療経過					
現在の処方	処方せんを参照				
要介護認定の有無	なし・あり（要支援 要介護（ ））				
備考					

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。

□ 枠内は、必要に応じてアレンジして活用する項目とする