

情報提供先市町村

市町村長 殿

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												
性別	(	男	・	女	)	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 (	歳)	職業
住所												
電話番号												

診 療 形 態	1. 外来      2. 往診      3. 入院 （                  年          月          日）	情報提供回数                                  回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア.脳血栓    イ.脳塞栓    ウ.不明)                                  2. 脳出血                                  3. クモ膜下出血	
	4. その他の脳血管障害	
	発 症 年 月 日	年                  月                  日
	受 診 年 月 日	年                  月                  日
	初 発 / 再 発	1. 初発                                  2. 再発 (                  年                  月                  日 初発)
その他の傷病名		

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

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

---

I 何らかの認知症を有するが、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、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、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、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、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、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
訪問診療	有	・	無
訪問看護	有	・	無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容
-----------------------------

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. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。