（別紙様式１２）

年　　月　　日

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。