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	月 日)	情報提供回数	口
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞(7. 脳	血栓 化脳塞栓 ウ.フ	下明)	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

排泄 自立・一部介助・全面介助

着替 自立・一部介助・全面介助

食事 自立・一部介助・全面介助

入浴 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。