

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。