

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。