

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

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 (平成 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	平成 年 月 日		
	受 診 年 月 日	平成 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
<p>寝たきり度 (該当するものに○)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)	
<p>移動 自立・一部介助・全面介助</p> <p>排泄 自立・一部介助・全面介助</p> <p>着替 自立・一部介助・全面介助</p>	<p>食事 自立・一部介助・全面介助</p> <p>入浴 自立・一部介助・全面介助</p> <p>整容 自立・一部介助・全面介助</p>

<p>認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--

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

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。