

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（7.脳血栓 4.脳塞栓 9.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		
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。