（別紙様式１２）

年　　月　　日

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<br>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。