

診療情報提供書

平成 年 月 日

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

(いずれか○で囲んで下さい)

老人 ・ 一般
初回・継続・再開・中止

電話番号
医師氏名

フリガナ 患者氏名
性別 (男 ・ 女) 生年月日 : 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 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)		
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 5. その他の傷病名 ()		
	発 症 年 月 日	平 成 年 月 日 ・ 不明	
	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) 3. 不明		

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 年 月 日・直近の訪問診療 年 月 日

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考えられる保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容 (少なくとも初回は必ず記入すること)

※日常生活の介護活動等で感染の可能性がある疾病について 無 ・ 有 (病名 :)

- 注意
1. 必要がある場合は、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. 必要な場合には、家庭環境等についても記載すること。