

医療機関住所

医療機関名

電話番号

Fax

医師名

患者氏名：

性別： 男 ・ 女

生年月日：M / T / S 年 月 日生

住所：

電話番号：

診療形態：

情報提供回数

症 病 名	発症年月日	受診年月日
1)		
2)		
3)		
4)		

寝たきり度 (該当するものに) J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2

《日常生活活動 (A D L) の状況》 (該当するものに)

移動	自立	一部介助	全介助	食事	自立	一部介助	全介助
排泄	自立	一部介助	全介助	入浴	自立	一部介助	全介助
着替	自立	一部介助	全介助	整容	自立	一部介助	全介助

《認知症である老人の日常生活自立度》 (該当するものに)

何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
 日常生活に支障を来すような、行動や意志疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立可能。
 日常生活に支障を来すような、行動や意志疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。
 日常生活に支障を来すような、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

《病状・既往歴・治療・生活の状況》

《必要と考えられる保健福祉サービスと提供する情報》

- ・ 高齢者の在宅生活を支援するサービス
 () 訪問給食サービス () 緊急通報システム () 高齢者・障害者あんしん法律相談
 () 保健師による訪問指導
- ・ 要介護認定非該当者へのサービス
 () 在宅高齢者生活援助 () 地域交流型デイサービス
 () 生活支援ショートステイ
- ・ 要介護認定要支援以上の方へのサービス
 () おむつ給付サービス () 訪問理美容サービス
 () 徘徊高齢者位置検索サービス () 寝具洗濯乾燥消毒サービス