

診療情報提供書

情報提供先市町村

市町村長 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名 称

電話番号

医師氏名

㊟

患者氏名	様			性別	男・女
患者住所 電話番号	〒 電話 () 番				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)	職業
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					
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、行動や意志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、行動や意志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、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。 V 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		
必要と考えられる保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容					

(様式12)

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. わかりやすく記入してください。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載してください。