

令和 年 月 日

浦添市長 殿

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

患者氏名
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業
住所 浦添市
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
主傷病名 【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	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 (いくつでも)		

寝たきり度 (該当するものに○) ※詳細は裏面参照
 J 一部自立 A 準寝たきり B 寝たきり1 C 寝たきり2

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たすような症状、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たすような症状、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たすような症状、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
【介護予防・日常生活支援総合事業参加における禁忌事項及び留意事項について】

禁忌・留意事項の有無について☑をお願いします。

無し
 有り

禁忌・留意事項や運動中止基準等(血圧や心拍数、自覚症状等の中止すべき数値・状態等)

※血圧等の指示がない場合、介護予防ガイドで定める以下の基準を適応させていただきます。
 安静時において①収縮期血圧180mmHg以上または80mmHg未満 ②拡張期血圧110mmHg以上 ③脈拍120回/分以上

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。

【 寝たきり度 】

- J 一部自立 何らかの障害を有するが、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、介助無しには外出しない。
- 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 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

(障害老人の日常生活自立度基準:平成3年厚生労働省官房老人保健福祉部長通知)