

# 記入例

(別紙様式第12号)

令和〇年〇月〇日

浦添市長 殿

紹介元医療機関の  
所在地及び名称 浦添市〇〇番地  
電話番号 098-000-0000  
医師氏名 〇〇〇〇

患者氏名	浦添 太郎		
性別 ( <input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女 )	生年月日 明・大・昭 〇年 〇月 〇日生 ( 〇 歳)	職業	無職
住所	浦添市安波茶1丁目1-1		
電話番号	098-000-000		

診療形態	<input checked="" type="radio"/> 1. 外来 2. 往診 3. 入院 ( 年 月 日 )	情報提供回数	1 回
主傷病名 【疑いを含む】	1. 脳梗塞 (ア. 脳血栓 <input checked="" type="radio"/> 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	令和 〇年 〇月 〇日	
	受診年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
	初発/再発	<input checked="" type="radio"/> 1. 初発 2. 再発 ( 年 月 日初発)	
その他の傷病名 (いくつでも)	・変形性膝関節症 ・糖尿病(インスリン注射中) ・高血圧		

寝たきり度 (該当するものに○) ※詳細は裏面参照	※自立の場合、記載不要です。
<input checked="" type="radio"/> J 一部自立 A 準寝たきり B 寝たきり 1	

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)	
移動 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 全面介助	食事 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 全面介助
排泄 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 全面介助	入浴 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 全面介助
着替 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 全面介助	整容 <input checked="" type="radio"/> 自立 ・ <input type="radio"/> 一部介助 ・ <input type="radio"/> 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○) ※自立の場合、記載不要です。
I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	訪問看護 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
平成〇年 右大腿骨頸部骨折 (人工骨頭置換術)		

## 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

トレーニングマシン不可  
右股関節を深く曲げたり、内側に捻じったりする動作禁止  
血圧160/100mmHg以内・脈拍100回/分以内にて実施  
低血糖症状に注意 補食にて対応

※別添の参加事業内容を確認いただき、  
利用できないプログラム等があれば、  
記載をお願いします。

※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)