

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター管理者・担当者 様

紹介元医療機関所在地及び名称 _____

電話番号 () - _____

ファックス番号 () - _____

医師氏名 _____

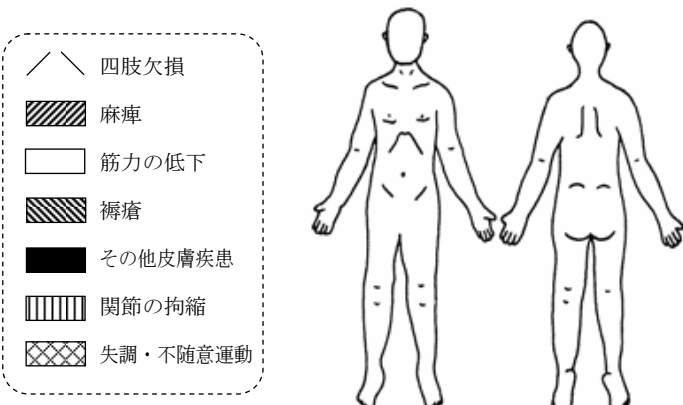
氏名		年齢	歳	性別	男・女
		生年月日	年 月 日		
記載年月日	[前回] 年 月 日	[今回] 年 月 日			
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 生活自立 (J1, J2) <input type="checkbox"/> 屋内自立 (A1, A2) <input type="checkbox"/> 屋内介助 (B1, B2) <input type="checkbox"/> ベッド上 (C1, C2) 前回より <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ()				
認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 自立 (I) <input type="checkbox"/> 要注意 (IIa, IIb) <input type="checkbox"/> 要介護 (IIIa, IIIb) <input type="checkbox"/> 常介護 (IV) <input type="checkbox"/> 専門医療 (M) 前回より <input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり () 長谷川式簡易スケール値 (前回 → 今回) (特記事項)				
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日認定) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 要支援 (1, 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1, 2, 3, 4, 5)		
診療形態	1. 外来 2. 往診 (訪問診療) 3. 入院 (年 月 日 ~ 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. くも膜下出血 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					

パーキンソン病の重症度*

ヤールの重症度分類		生活機能障害度	
1度	左右どちらか一側性の障害。振戦固縮がみられる	1度	日常生活、通院に介助を必要としない
2度	障害が両側性である。姿勢、固縮無動などが両側にみられる	2度	同上
3度	明らかな歩行障害あり。姿勢反射障害あり。突進現象がみられる	3度	日常生活、通院に介助を要する
4度	起立や歩行など日常生活動作の低下が著しい。労働能力が失われる	4度	同上
5度	完全な廃疾状態。介助による車椅子歩行。寝たきりの状態	5度	日常生活に全面的な介助を要し、起立歩行は不能

*臨床分類3度以上、生活機能障害度は2度または3度以上が該当。

身体機能

身長	cm	体重	kg	身体の状態  <ul style="list-style-type: none"> — 四肢欠損 ▨ 麻痺 □ 筋力の低下 ▨ 褥瘡 ■ その他皮膚疾患 ▨ 関節の拘縮 ▨ 失調・不随意運動
電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない			
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 目の前で見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能			
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> かなり大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能			
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 (ステージ) <input type="checkbox"/> 無			
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他			
嚥下	水分	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない		
	固形物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない		

*図例により該当部位に記入する

精神機能（特に目立った行動）

火の不始末	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異食行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	暴行	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	暴言	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妄想（被害的）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	精神・神経症状の有無 <input type="checkbox"/> 有（症状名 _____） <input type="checkbox"/> 無			

ADL（日常生活活動）・I ADL（日常生活関連活動）

排 泄	尿 意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 無
	便 意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 無
	排尿後の後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便後の後始末	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
	洗 体	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない
整 容	口 腔 清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	洗 顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整 髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
食 事 摂 取		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
着 替	上 着 の 着 脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン	意 思 の 伝 達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 不可
	指 示 へ の 反 応	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 不可

その他特記事項

食 事 形 態	常食, カユ食, キザミ食, 流動食, 経管食, その他	常用装具・自具	
住 宅	居室（1階, 2階以上 [エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無]), 障害となる環境（ _____ ）		
介護力不足・虐待	<input type="checkbox"/> 有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 訪問, <input type="checkbox"/> 通所, <input type="checkbox"/> 外来 リハビリテーション	目 標	回復・改善（ _____ ） 維持 環境整備 家族・介護者指導	
	内 容	<input type="checkbox"/> 医療, <input type="checkbox"/> 介護	
病状としての安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明	介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 普遍 <input type="checkbox"/> 悪化
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等		訪問診療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	訪問看護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

- 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記載すること。
 4. 印にレ点または該当する項目に○印を記入すること。