

情報提供先： 区役所 生活支援課 御中
(地域包括支援センター)

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

(連絡担当者：)

患者氏名		
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業		
住所		電話番号 () -
疾病名	発症年月日	受診年月日
1)	年 月 日	年 月 日
2)	年 月 日	年 月 日
3)	年 月 日	年 月 日
4)	年 月 日	年 月 日
障害高齢者の日常生活自立度《 寝たきり度 》 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 高齢者の認知症障害自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b		
紹介目的 介護予防事業への参加 (介護予防ケアマネジメントの依頼) 必要と考えられる介護予防事業 (□にチェックを入れる) 通所型介護予防事業 ⇒ <input type="checkbox"/> 運動器の機能向上 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 訪問型介護予防事業 (保健師等の訪問による支援) ⇒ <input type="checkbox"/> 閉じこもり予防 <input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> うつ予防		
介護予防事業を必要と判断する理由 (該当項目全て□にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 以前に比べ歩行が不安定 <input type="checkbox"/> ごく軽い認知症が疑わしい <input type="checkbox"/> 転倒の危険性がある <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下の機能低下のため体重減少がある <input type="checkbox"/> 外出頻度が減っている <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 病院から退院したが、体力が落ちている <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 金銭管理、買い物が苦手になっている <input type="checkbox"/> 腹圧性尿失禁がある <input type="checkbox"/> 以前に比べもの忘れがみられる <input type="checkbox"/> 機能性尿失禁がある <input type="checkbox"/> その他 ()		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び検査結果		
生活の状況		
現在の処方		
介護予防事業を実施する上での注意点		

