

□利用者情報提供書 □ 居宅サービス依頼書

平成 年 月 日

病院 御中

事業所番号

事業所名

担当ケアマネジャー

電話

基本情報

ふりがな 氏名	男 女				
生年月日	M T S 年 月 日	住所			
介護認定区分	チェックリスト該当者	要支援()	要介護()	申請中	区分変更中(/ 付)
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
かかりつけ医	病院名	医師名	電話		
その他受診医	あり	内科・外科・整形外科		かかりつけ歯科医	
	なし	精神科・その他()		かかりつけ薬剤師・薬局	
現病					
障がい等認定	・身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者手帳・難病				
経済状況	・国民年金・厚生(共済)年金・障害年金・生活保護・その他()				
キーパーソン	ふりがな 氏名	続柄	電話		
			携帯		
緊急連絡先	ふりがな 氏名	続柄	電話		
			携帯		
その他連絡先	ふりがな 氏名	続柄	電話		
			携帯		
家族構成	◎本人、○女性、□男性、●■死亡、☆キーパーソン 主介護者「主」、副介護者「副」、同居家族は○で囲む 居住地(○○市等)についても記載		住環境	戸建・集合住宅 (階/EV: 有・無) 住宅改修: 未・済 / 内容	
			生活状況	(日中、夜間の状況)	
介護保険サービス等	フォーマル(含福祉サービス) 訪問介護(/週) 通所リハ(/週) 訪問リハ(/週) 訪問入浴(/週) 通所介護(/週) 訪問看護(/週) Ns・PT・OT・ST 短期入所(生活介護・療養介護) 福祉用具貸与・購入() 居宅療養管理指導(医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・保健師・看護師) 在宅福祉サービス(配食～市・民間・緊急通報・寝具乾燥・おむつ給付・徘徊高齢者家族支援(GPS)・徘徊高齢者SOS) その他()				
	インフォーマル(含家族介護等)				
	(特記事項)				
所感	(在宅復帰に関すること)				

* このシートにおける個人情報の取扱いについては、本人若しくは家族に同意を得ています。

* 現時点で把握している情報です。空欄や詳細は、後日ご確認ください。

在宅でのADL情報

運動機能	ADLレベル	具体的状況
移動 (歩行・車椅子)	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
移乗	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
食事	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	義歯 有 (総義歯・部分義歯) 無
主食形態	普通食 ・ 粥食()	・ 経管栄養 ・ 経口栄養 ・ その他()
副食形態	普通食 ・ キザミ食()	・ ミキサー食 ・ その他()
水分	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
水分形態	普通 ・ とろみ ・ その他()	
入浴	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
場所	自宅風呂 ・ 訪問入浴サービス ・ 通所サービス ・ その他()	
更衣	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
口腔ケア	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
服薬管理	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	薬の内容:お薬手帳のコピー添付 可
排泄	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
	トイレ ・ ポータブル ・ おむつ ・ その他()	
	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	
	トイレ ・ ポータブル ・ おむつ ・ その他()	
医療処置	点滴管理 ・ 中心静脈栄養 ・ 透析 ・ ストーマ処置 ・ 酸素療法 ・ レスピレーター ・ 気管切開処置 ・ 疼痛看護 ・ 経管栄養 ・ 褥瘡処置 ・ カテーテル (コンドーム ・ 留置等) その他() 家族での対応 (可 ・ 不可)	
特記事項	アレルギー 有・無	コミュニケーション

認知機能	認知症高齢者日常生活自立度
	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
特記事項 (行動・心理症状の具体的内容・夜間の状態等)	

* 退院のめどがつかましたら、担当ケアマネジャーまで、退院・カンファレンスの日程のご連絡をいただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

在宅でのADL情報 記入例

運動機能	ADLレベル	具体的状況
移動 (歩行・車椅子)	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	入院時の持ち込みの有無等
移乗	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	流動食、ペースト食、ゼリー食、ムース食等
食事	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	義歯 有(総義歯・部分義歯) 無
主食形態	普通食・粥食()	
副食形態	普通食・キザミ食()	
水分	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	
水分形態	普通・とろみ・その他()	流動食、ゼリー食、ムース食等
入浴	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	ゼリー食、ムース食等
場所	自宅風呂・訪問入浴サービス	ス・その他()
更衣	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	銭湯、家族宅風呂等
口腔ケア	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	
服薬管理	自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	薬の内容:お薬手帳のコピー添付 可
排泄	昼間 自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	人工肛門、留置カテーテル、導尿等
	夜間 自立・見守り <small>部分介助・全介助</small>	
医療処置	点滴管理・中心静脈栄養・透析・ストーマ処置・酸素療法・レスピレーター・気管切開処置・疼痛看護・経管栄養・褥瘡処置・カテーテル(コンドーム・留置等)その他() 家族での対応(可・不可)	
特記事項	アレルギー 有・無 食物や薬物等のアレルギーがある場合等	コミュニケーション 筆談、難聴等

認知機能	認知症高齢者日常生活自立度
	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
行動・心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動
特記事項 (行動・心理症状の具体的内容・夜間の状態等)	