

送付先

発信元

記入日

年

月

日

【医療機関・サービス事業所】

【担当者】

【連絡先】 TEL :  
FAX :

【事業者】

【担当者】

【連絡先】 TEL :  
FAX :

氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
			<input type="checkbox"/> 女		年	月	日	歳

住所

緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	自宅:
				携帯:

収入  障害年金  老齢年金  その他 (年金月額: )

かかりつけ医	現病歴 既往歴
// 歯科	

介護認定  支1  支2  介1  介2  介3  介4  介5  
有効期限: 年 月末まで

持病の状況	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位・処置等:
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット【柵: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 点)】	<input type="checkbox"/> 特殊マット

ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	介助内容:
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ	カテーテル等 ( )
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 清拭	介助内容:
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	最終入浴: 月 日
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 問題有 <input type="checkbox"/> 不明	問題点:	

物忘れ等症状

家族構成	介護協力者				介護力・介護状況
キーパーソン:	氏名	生年月日	続柄	健康状態	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
				<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	

サービス利用状況

備考  
介護に関する本人・家族の意向、生活機能が入院前より低下した場合に生じると予想される問題点、退院に際しての留意点等

患者氏名：

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	感染症	HBs	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	【 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 級】		HCV	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	有効期限： 年 月末		梅毒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			疥癬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			MRSA	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
住宅	<input type="checkbox"/> 一戸建て【 階建】 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階【エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】				
家族関係意向問題点	家族の受入： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
生活歴					
経過現状問題行為	<input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 盗癖 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 【 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> MMSE ( 点) 実施日： 年 月 日				
日中の過ごし方					
対応接し方					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
服薬状況 医療情報	眠前薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(服用時間： 時 分頃) 睡眠時間： 時間			
	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 病院・施設管理 <input type="checkbox"/> その他( )			
	予防接種	インフル	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済( 年 月)	
	不眠時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】 薬剤名：			
	不穏時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【使用頻度： 回/ W程度】 薬剤名：			
	便秘時	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【( ) 日便秘時( ) 使用】			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ		
		尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 不明【失禁： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】		
便意		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 不明【最終排便： 月 日】			
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】(対応方法： )				
備考					

※分かる範囲で記入して下さい。不明なところは記入していただくなくてもかまいません。