

情報提供書(医療機関・介護保険事業所等)

フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日	歳		
本人氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	日中の連絡先							
住所	〒 -	緊急時連絡先	①							
			②							
介護保険情報	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 → 申請日	H	年	月	日	H	年	月	日
	被保険者番号	有効期間	H	年	月	日	H	年	月	日
障害認定等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療(級・度 種)】 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()障害名									
在宅生活への本人・家族の意向等	一日の過ごし方 社会参加の状況 外出頻度等									
生活歴 趣味 嗜好等	特記事項 (生活上の支障、 困り事、課題等)									
在宅支援体制 サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療(月 回) <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 医師(月 回) <input type="checkbox"/> 歯科医師(月 回) <input type="checkbox"/> 薬剤師(月 回) <input type="checkbox"/> 管理栄養士(月 回) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士(月 回) <input type="checkbox"/> 看護職員(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護(月 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(月 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 日程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> その他()									
既往歴 手術歴 治療経過 症状等	主治医 医療機関名 医師名 受診頻度 その他受診医療機関 かかりつけ歯科医院 かかりつけ調剤薬局									
処方内容、 服用している 市販薬等	家族構成・介護者の情報 住環境に関する特記事項 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 日中独居 ※障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
服薬状況・ 方法(粉碎・ ゼリー等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 一包化の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
アレルギー等	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他()									
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他()									
関節可動域	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限等あり【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他()】									
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない									
立上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
歩 行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()									
衣服着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
入 浴	<input type="checkbox"/> できる <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【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()】									
洗 身	<input type="checkbox"/> できる <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									
排 泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()】									
食 事	<input type="checkbox"/> できる(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 見守り(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> つぶせる食 <input type="checkbox"/> なめらか食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他()									
口腔の状況	<input type="checkbox"/> 自歯あり <input type="checkbox"/> 自歯なし <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯									
口腔ケア	<input type="checkbox"/> できる <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									
咀嚼・嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> その他()									
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡あり() <input type="checkbox"/> 皮膚疾患あり()									
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 眼鏡なし 】									
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能 【 <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 補聴器なし 】									
言語障害等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない									
会話の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない									
認知症 症状等()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> BPSDなし <input type="checkbox"/> BPSDあり【 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()】									

居宅介護支援事業所名/

担当者(作成者)名/

作成日/平成 年 月 日 提供日/平成 年 月 日 情報提供先/

提供手段/ FAX メール 面談【 場所/ その他()