

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		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	身長	cm	体重	kg
			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)				
	被保険者番号	有効期間	H	年	月	日 ~ H 年 月 日
	負担割合	適用期間	H	年	月	日 ~ H 年 月 日
障害手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療 (級 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・相談内 容等	一日の過 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)					
家族構成・ 介護者の 情報	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 日中独居		氏名	続柄	同別居	
			※			
			家族・協 力者等 (主介護 者=※)			
住環境に 関する特記 事項	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 ※障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
在宅支援 体制 サービス 利用状況 ※(利用回 数、曜日 等)	<input type="checkbox"/> 訪問診療() <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療() <input type="checkbox"/> 往診()					
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導: <input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 歯科医師() <input type="checkbox"/> 薬剤師() <input type="checkbox"/> 管理栄養士() <input type="checkbox"/> 歯科衛生士() <input type="checkbox"/> 看護職員()					
	<input type="checkbox"/> 訪問看護() <input type="checkbox"/> 訪問リハ() <input type="checkbox"/> 通所リハ() <input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> 訪問入浴() <input type="checkbox"/> 通所介護() <input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> その他()					
主治医	医療機関名	その他受診医療機関				
	医師名	歯科医院				
	受診頻度	調剤薬局				
既往歴 手術歴 治療経過 症状等 ※(発症年 月日)	()		()			
	()		()			
	()		()			
処方内容、 服用して いる市販薬等						
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 ()		

様 情報提供書(医療機関・介護保険事業所等) ②

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 ()】
寝返り	<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
起き上がり	<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
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
立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
移乗	<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
移動	<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
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 <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"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> どもみ食 <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
認知機能 問題行動	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題行動あり【 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他 】
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 睡眠障害あり <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
家事動作等	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 支援が必要【 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 電話の利用 <input type="checkbox"/> 交通機関の利用 <input type="checkbox"/> その他 】
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 ()