

医療・介護連携のための情報提供書

病院・有床診療所 御中

以下の利用者の介護等の情報提供をいたしますので、入院中の介護サービスにご活用頂ければ幸いです。

住所 〒

居宅介護支援事業所名

担当介護支援専門員名

TEL FAX

メール

フリガナ												性別		生年月日					
氏名		様										男・女		明・大・昭 年 月 日				歳	
利用者の心身の状況等の情報	要介護度	申請中	要介護 1 2 3 4 5								障害等の認定		なし 身障 () 療育 () 難病 () 精神 ()						
	障害高齢者日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	食事摂取	自立		見守り		要介助		移乗		自立		見守り		要介助					
	食事形態	普通食		粥・キザミ		流動・経管		意思の伝達		可能		ときどき		不可					
	口腔清潔	自立		要介助		義歯・有・無		指示への反応		可能		ときどき		不可					
	洗顔・整髪	自立		見守り		要介助		夜間の状態		良眠		不穏 ()							
	排泄	自立		見守り		要介助		上着の着脱		自立		見守り		要介助					
	排泄方法	トイレ		ポータブル		おむつ		ズボン・パンツの着脱		自立		見守り		要介助					
	入浴(洗体)	自立		見守り		要介助		視力		正常		問題あり ()							
	浴槽の出入り	自立		見守り		要介助		聴力		正常		問題あり ()							
	入浴場所	自宅・銭湯		通所		訪問入浴		嚥下(水分)		自立		見守り		不可					
	移動	自立		見守り		要介助		嚥下(固形物)		自立		見守り		不可					
日常生活の留意点																			
生活環境	住宅環境	一戸建て	集合住宅				階・エレベーター(有・無)				障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
	家族構成	単身	高齢者世帯		同居家族 ()人				家族構成 ()										
	留意点																		
入院前1月のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> 以下のサービスを利用(居宅介護支援事業所が認識している内容のみ記載) <input type="checkbox"/> 外来受診(月 回程度) 医療機関名 _____ 主治医 _____ <input type="checkbox"/> 訪問診療(月 回程度) 医療機関名 _____ 主治医 _____ <input type="checkbox"/> 訪問介護(月 回程度) <input type="radio"/> 身体介護 <input type="radio"/> 生活援助 <input type="radio"/> 身体介護+生活援助 <input type="checkbox"/> 訪問看護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(月 回程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション(月 回程度) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・短期入所療養介護(月 日程度) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(月 回程度) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他 ()																		