

送付先

発信元 記入日 年 月 日

【医療機関】

【担当者】

【連絡先】TEL：
FAX：

【事業者】

【担当者】

【連絡先】TEL：
FAX：

入院日 年 月 日

氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳
住所					
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	自宅：	携帯：
収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他 (年金月額：)				
かかりつけ医			現病歴		
// 歯科			既往歴		
介護認定	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 認定有効期間： 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更中(認定調査日：)				
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	【主食】 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他()			
		【副食】 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 【水分】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ			
	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 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： 年 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：	
難聴	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 】 (対応方法：)				
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				

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 【 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 級】 有効期限： 年 月末		感染症	HBs 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 HCV 【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明】 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【 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 徘徊 <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	未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/>	肺炎球菌	未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/>
	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 ()			
備考					
作成年月日：2024年10月 東浦町居宅介護支援事業所連絡協議会					