

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:

【連絡先】FAX:

【事業者】

【担当者】

【連絡先】TEL:

【連絡先】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:

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 申請中 (申請日 /)

有効期限: 年 月 末まで

日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度: () 認知症高齢者の日常生活自立度: ()

生活状況	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
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	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、ACP、経済面等