

送付先

医療機関・事業者・担当者名・電話番号・FAX番号は、もれなく記入して下さい。

記入例

〇年〇月〇日

【医療機関・サービス事業所】 A病院 や B介護事業所名 など	南知多 浜美
【担当者】 ○○○○	【担当者】 △△△△
【連絡先】 TEL: ○△-○△○△	【連絡先】 TEL: ○×-○×○×
FAX: ○△-△○△○	FAX: ○×-×○×○

氏名	南知多 浜子 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇年〇月〇日 70歳
----	----------	----	--	------	--

住所	南知多町〇〇 または 美浜町〇〇	
緊急連絡先	氏名	続柄
	南知多 浜男	夫

対象者の氏名・性別・生年月日（同姓同名の対象者の取り違いを防ぐため）は正確に記入して下さい。

かかりつけ医	B病院	現病歴 既往歴	糖尿病、高血圧 脳梗塞（右麻痺）
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 checked="" type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 有効期限: 令和 8 年 12 月未まで		

主治医意見書に記載の情報を記入して下さい。※介護事業所がLIFEで報告する際に必要な情報

日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度: (B2)	認知症高齢者の日常生活自立度: (II)
---------	-----------------------	------------------------

生活状況	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位・処置等:
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベット【柵: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2 点)】	<input type="checkbox"/> 特殊マット 介助バーあり
	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	車椅子自走、自宅内4点杖
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	
	食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容: 転倒のリスクが高い
	義歯	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介助	介助内容: 排便時拭く介助が必要
	排泄方法	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	最終入浴: 〇月〇日
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	介助内容:	
睡眠状況	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 問題有 <input type="checkbox"/> 不明	問題点:	

該当する項目にチェックを入れ、必要な箇所については記入して下さい。

小分けにして本人に渡すなど、詳細を記入して下さい。

物忘れ等症	最新の情報を記入して下さい。		
家族構成	※主治医意見書等の情報ではなく、二番直近で訪問等した情報		介護力・介護状況
キーパーソン:	南知多 浜男	S20.4.1	夫
			<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良
			<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

主介護者は心疾患有り。

サービス利用状況	B病院 通所リハ (月・水・金利用) D福祉用具事業所 福祉用具 (ベッド・ベッド付)	分かる範囲で、ACPに関する情報や世帯の経済面に関する情報も記入してください。	事業所名も入力
----------	--	---	---------

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ていること、経済面等 入院前は杖を補助に玄関段差は見守り可能であった。主介護者が心疾患を有する高齢の夫であるため、ADL低下し介護量が増加する場合、サービス変更が必要となる。 本人の思いとして、最期は病院ではなく、在宅でむかえたい希望がある。 世帯収入としては、老齢年金がある。
----	--

