

この情報は利用者(患者)、家族の同意を得て提供しています

提供日

年

月

日

御中		情報提供方法		<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 ( / 投函)		
		入院日		年 月 日		
ふりがな	様 男・女		生年月日	T・S・H 年 月 日生	年齢 歳	
住所	〒		氏名	TEL	続柄	
	連絡先		①	キーパーソンを①に記入		
	②					
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中(新規・有効期間 ~)		自己負担割合 1割・2割・3割	家族状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居者有( )	
主治医	① TEL		通院・訪問診療 ②	通院・訪問診療		
入院に至った経緯	その方にとって重要な診療科(眼科・歯科等)					
住環境	持ち家・借家	エレベータ あり・なし	住宅改修 あり( )・なし	住居階数( )階建( )階に居住		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /週 <input type="checkbox"/> 訪問リハ /週 <input type="checkbox"/> 通所介護 /週 <input type="checkbox"/> 通所リハ /週 <input type="checkbox"/> 配食サービス /週 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週 事業所名( ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週 <input type="checkbox"/> ショートステイ /週 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導( )		<input type="checkbox"/> ワンコインサービス( ) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他( )	
	インフォーマルサービスはここに		訪問看護は事業所名を記入 居宅療養管理指導は内容を記入			
入院前の日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )		
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		清潔	<input type="checkbox"/> 入浴(自宅・施設) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> していない 刻み・一口大・とろみ食などはここに	
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他( )				
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁				
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 曖昧		認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ <input type="checkbox"/> あり		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 傾眠		服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 助けが必要( )		
特記事項	・認知症状の情報として日常生活自立度や周辺症状の有無 ・住宅・生活環境の情報として、外階段・段差・手すりの有無					
在宅生活に関する 本人・家族の意向						
本人						
家族						
在宅介護の可能性	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 家に帰るための条件( )		どこまで回復すれば家で過ごせるのか			
ケアマネからの情報 (家族関係、ケアマネの見立て、その他医療機関に留意してほしいこと)						
・家族関係 主介護者の状況 ・生活的・経済的な課題の有無 ・家族が抱えている課題 ・施設の申し込み状況						
退院時にどんな情報が欲しいかも記入						
担当ケアマネジャー	氏名		TEL			
事業所名			FAX			
住所			携帯電話			

添付資料:  ケアプラン  ACPシート  その他( )

転院時には転院先にもこのシートをお渡しください

こちらをご記入の上  
返信をお願いします ⇒

受取日

年

月

日

受取者名