

○病院 地域医療連携室 ○○様

下記の方に関する情報を以下の通り提供します。

本シート記入者

(記入日)

年 月 日

担当者氏名	○○ ○○	職種	CM	所属先/事業内容	○○居宅介護支援事業所
TEL	○○○-○○○○-○○○○	FAX	○○-○○○○	メール	abc@def.co.jp

 入院・入所時 退院・退所時 その他 ()

フリガナ	カイゴ ハナコ	<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	○年6月1日	○歳
氏名	介護 花子					

住所 敦賀市 中央町2丁目1-1

介護度 申請中(認定予定 頃)
要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (認定期間 年 月末)身障手帳 無 申請中 有 (視 聴 肢体 種 級) その他の医療給付

家族状況	独居 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・家族介護力 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・主介護者氏名: ○○ 続柄: 長男 TEL: ○○ ・その他介護協力者: 長女 ・主介護者以外の家族連絡先 氏名: △△ 続柄: 長女 TEL: ○○○	一日の過ごし方
------	--	---	---------

主病名	医療機関等名称	診療科名	受診状況	治療・医療処置管理等	服薬内容
高血圧	○○病院	循環器内科	1回/3月	服薬中	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙情報添付あり ※処方内容など
特記事項 (既往歴等)					
病状経過 医師コメント等					
主治医から患者・家族への病状説明内容、患者・家族の受け止め方					

<記入時の身体・生活状況等>

在宅サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(2回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> ショート(日/月) <input type="checkbox"/> 居宅介護指導(<input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具[<input type="checkbox"/> 特種寝台 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> エアマット <input checked="" type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 他()] <input type="checkbox"/> 他()
----------------	--

栄養状態 体重() kg・身長() cm・BMI() 【 ○年○月○日現在 】

食事	食事回数	<input type="checkbox"/> 3回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 他	特記事項 <input type="checkbox"/> 食事指導・連絡票 添付あり <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態データ(血液検査結果等) 添付あり
	摂食	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 他	
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ食(<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> きざみ) <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー	
制限	制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 加糖)	
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
口腔	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不使用	
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記事項
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 他()	
	排便状況	<input type="checkbox"/> 便秘傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> 他()	

