

情報提供シート

令和5年4月5日

基本情報 記入日:令和 年 月 日 [事業所名: 担当者:]

氏名	男・女	生年月日	T・S	年	月	日生	歳
住所	TEL						
<u>介護保険</u> 申請中:認定済 被保険者番号 NO _____ 介護度: 認定年月日:平成 年 月 日 有効期間:平成 年 月 日～平成 年 月 日 障害生活自立度: 認知症生活自立度: 介護保険負担割合:			<u>医療保険</u> 社保(本人・家族)・国保・後期高齢者 生活保護 低所得者区分 一般・Ⅱ・Ⅰ <u>障害</u> (有・無) マル福(有・無) 身障(種 級) ・その他() <u>年金の種類</u> 国民年金・厚生年金・障害年金・なし ・その他				
本人の意向			家族の意向				
今後の生活展望(ケアマネ)							

家族構成・周辺環境・協力者

氏名	続柄	年齢	職業	同・別	特記事項(含電話番号)	家族構成図
		歳		同・別		
		歳		同・別		
		歳		同・別		
		歳		同・別		
生活状況						
家族の介護力:						

医療情報

在宅サービス利用状況

<u>既往歴/現症(感染症を含む)</u> <u>服薬内容</u>	<u>主治医</u> 医療機関: 担当医: (外来・往診) (回/ 週) 住所: 電話: FAX:	月:..... 火:..... 水:..... 木:..... 金:..... 土:..... 日:..... その他:
	<u>入院・入所期間(6ヶ月以内)</u> 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日 入院・入所先()	<u>住環境</u>
<u>服薬状況</u> 管理方法:自己管理・他者による管理 薬局名(薬局) 担当薬剤師:		

【記入日：令和 年 月 日】

項目	現在の状態	特記事項
麻痺等の有無	ない・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他	
座位保持	自立・見守り・つかまれば可・一部介助・全介助・不可	
立位保持	自立・見守り・つかまれば可・一部介助・全介助・不可	
移乗方法	自立・見守り・つかまれば可・一部介助・全介助・不可	
移動・歩行方法	自立・見守り・一部介助・全介助・不可 〈屋内〉(杖・歩行器・シルバーカー・手引き・車椅子・這う) 〈屋外〉(杖・歩行器・シルバーカー・手引き・車椅子・這う)	
衣服の着脱	(上衣)・自立・見守り・一部介助・全介助・不可 (下衣)・自立・見守り・一部介助・全介助・不可	
入浴(方法・状況)	自立・見守り・一部介助・全介助・不可 (清拭・シャワー・入浴・機械浴)	
排泄(日中) (夜間)	自立・見守り・一部介助・全介助・ (トイレ・Pトイレ・尿器・紙オムツ・紙パンツ・パット) 自立・見守り・一部介助・全介助・ (トイレ・Pトイレ・尿器・紙オムツ・紙パンツ・パット) *尿意(+・-) 便意(+・-)	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養 主食(常食・お粥・おにぎり・流動食) 副食(常食・キザミ食(細・荒)・流動食) 方法(はし・スプーン・フォーク・自助具)	
口腔状態	入れ歯(上・下)・生歯(上・下)・部分入れ歯(上・下)	
視力	右：普通・弱視・全盲 左：普通・弱視・全盲	
聴力	右：普通・やや難聴・難聴 左：普通・やや難聴・難聴	
意思疎通	可能・だいたい可能・不可能	
認知症の状況(有・無)	物忘れ(ない・時々・ある)幻覚(ない・時々・ある) 妄想(ない・時々・ある)見当識障害(ない・時間・場所・人物) 行動障害(ない・徘徊・収集・異食・不潔行為・暴力)	
精神状態(有・無)	訴えが多い・落ち着かない・意欲低下 問題行動()	
痛み	有・無 疼痛部位()	
睡眠	良眠・昼夜逆転・何度か起きる	
皮膚の状態	特になし・褥瘡・オムツかぶれ・老人性掻痒感・水虫 ・その他()	
IADL	炊事(自立・一部介助・全介助) 洗濯(自立・一部介助・全介助) 電話(自立・一部介助・全介助) 金銭(自立・一部介助・全介助) 買い物(自立・一部介助・全介助)	
アセスメントによる障害自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
アセスメントによる認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

入退院時情報シート

入院年月日	令和 年 月 日	入院先(医療機関名)	
<input type="checkbox"/> 病棟(看護師) 担当者 様			
利用者氏名	様	生年月日	昭和 年 月 日 歳
			電話
現在の要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	認定有効期間令和 年 月 日
日常生活自立度等			
障害高齢者日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	行動障害 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
認知症高齢者自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
在宅での生活について:			
在宅の医学管理について	定期受診	外来 往診 頻度	/ 週 ・ /1月 ・ 不定期
かかりつけ医		受診先医療機関	
介護サービス利用状況	サービス内容等	特記事項	
<input type="checkbox"/> 訪問介護	週 回		
<input type="checkbox"/> 通所介護	週 回		
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	週 回		
<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 回		
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	不定期利用		
<input type="checkbox"/> その他	配食弁当 週 回		
<input type="checkbox"/> 住居環境上の注意点	有 ・ 無 転倒注意		
<input type="checkbox"/> 住宅改修			
手すりの設置			
介護者の状況			
介護者の有無	有 ・ 無	介護者氏名	携帯
その他			
退院時、看護サマリー等よろしくお願ひします。			
令和 年 月 日	情報提供方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ファックス <input type="checkbox"/> その他(
(株)ケアファクトリー 水戸市見和1-298-7 TEL 029-257-6650 FAX 029-257-6652 担当 携帯			

