

様

氏名		男性 ・ 女性	生年月日		年齢	歳
住所		TEL		申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】	事業対象者	
緊急連絡先	氏名: (続柄:)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名: (続柄:)	TEL		有効期間【令和1年10月10日～ 令和1年10月10日】		
家族構成	主な介護者	氏名: (続柄:)	本人の意向			
	家屋状況	(戸建て ・ 集合住宅)	家族の意向			
		()階建 居室()階 エレベーター(有・無)	年金の種類		国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障	
既往歴	かかりつけ医療機関	かかりつけ医には情報提供することを伝える		主治医		
	障害者認定の有無	認定 (なし ・ あり)	障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
生活歴	在宅生活に必要な条件	身体 ()級 精神 ()級 知的 ()級	認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
		(ケアマネージャーとしての意見)	虐待の可能性の有無	無 ・ 有		
				入院前の介護サービスの利用状況: (居宅サービス計画書3表添付)		

入院前の状況

具体的状況・その他特記事項

栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	形態	主食 : 常食 ・ 粥 ・ ペースト				
		副食 : 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト				
		とろみ : なし ・ あり ()				
方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液					
	嚥下 : 良 ・ 不良 咀嚼状況 : 良 ・ 不良					
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意: あり ・ なし		
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意: あり ・ なし		
	失禁	なし ・ あり ()				
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等				
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない				
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭				
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無 : なし ・ あり ()		
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー				
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)				
	睡眠薬	なし ・ とときどき ・ 常用				
認知精神面	認知症状	なし ・ あり		【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害		
	専門医への受診	なし ・ あり ()		()		
	精神状態(疾患)	なし ・ あり ()		【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()		
コミュニケーション	会話	可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()		聴覚: 支障なし ・ 支障あり ()		
				視覚: 支障なし ・ 支障あり ()		
褥瘡	なし ・ あり (部位)		体圧分散マット : 使用していた ・ 使用していなかった			
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	義歯の有無: なし ・ あり					
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容 : 回数 / 日 自己注射 可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する					

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名 :

連絡先 : TEL

FAX

担当ケアマネジャー :