

情報提供日 年 月 日

機関(事業所)名		
連絡先	TEL	FAX
担当者		



機関(事業所)名		
連絡先	TEL	FAX
担当者		

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。

1.患者(利用者)基本情報

患者氏名 (利用者氏名)	フリガナ	生年月日	年齢	歳						
			性別	男・女						
住所	〒	TEL								
住環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階 号室) エレベーター(有・無)									
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他()			負担割合	割					
介護保険	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請									
	認定の有効期間:	年	月	日	~	年	月	日	負担割合	割
手帳等	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 障害(身体[級]・精神[級]・知的[]) <input type="checkbox"/> その他()									
収入の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他()									
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2									
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									

2.家族構成/緊急連絡先

主介護者	(続柄 ・ 歳) (同居・別居)	TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
キーパーソン	(続柄 ・ 歳) (同居・別居)	TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
緊急連絡先	①名前	(続柄) TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	②名前	(続柄) TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	③名前	(続柄) TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	④名前	(続柄) TEL	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

3.病名及び医療機関

病名 ※主病名から記載する	発症年月日	医療機関名 / TEL

病状経過

4.医療(介護)上の注意点									
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HCV</td> <td><input type="checkbox"/> 梅毒</td> <td><input type="checkbox"/> その他:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HB</td> <td><input type="checkbox"/> MRSA</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> HB	<input type="checkbox"/> MRSA			
<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> その他:							
<input type="checkbox"/> HB	<input type="checkbox"/> MRSA								
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 治療(介護)への抵抗 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()								
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 酸素</td> <td><input type="checkbox"/> ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう</td> <td><input type="checkbox"/> その他:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 留置カテーテル</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル		
<input type="checkbox"/> 酸素	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> その他:						
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル								
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
アレルギー <small>※薬剤、食物等</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								

5.薬剤情報 ※「お薬手帳」又は「薬剤情報提供書」のコピーも可		
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>内服薬記載</td> </tr> </table>	内服薬記載
内服薬記載		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 飲み忘れあり <input type="checkbox"/> 服薬拒否	

6.身体・生活状況														
身長	cm		体重	kg		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 左 右 / [上肢] 軽度 中度 重度 [下肢] 軽度 中度 重度 】							
ADL	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	基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他:	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
食事	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明				食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食		摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	水分 トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明					<input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー			<input type="checkbox"/> 経管				
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				口腔機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部分・総)				
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時							
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時							
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難							
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難							
	コミュニケーションに関する特記事項:													

7.経過、連絡事項等(介護サービス利用状況を含む)