

情報提供日 R1 年 5 月 1 日

機関(事業所)名	居宅介護支援事業所 みかん
連絡先	TEL 095-000-0000 FAX 095-△△△-△△△△
担当者	○× ×××



機関(事業所)名	いよ病院
連絡先	TEL 095-△△△-△△△△ FAX 095-△△△-△△△△
担当者	地域連携室 ×× ○○○

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	ナガヨ ハナコ	生年月日	年齢	81 歳
	長与 花子			S13.3.10	性別
住所	〒 851-2128 長与町嬉里郷659番地1		TEL	095-000-0000	
住環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (夫) <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階 号室) エレベーター()				
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他()			負担割合	1 割
介護保険	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(2) <input type="checkbox"/> 要介護() <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: H30 年 11 月 1 日 ~ H31 年 10 月 31 日				負担割合
手帳等	<input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input checked="" type="checkbox"/> 障害(身体[6 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	長与 太郎 (続柄 夫・83歳)(同居)	TEL 095-000-0000	本人への協力	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
キーパーソン	長与 一子 (続柄 長女・57歳)(別居)	TEL 095-△△△-△△△△	本人への協力	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
緊急連絡先	①名前 長与 一郎 (続柄 長男)	TEL 0957-00-△△△△	本人への協力	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	②名前 長与 二郎 (続柄 二男)	TEL 03-△△△△-0△0△	本人への協力	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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
脳梗塞 高血圧 両感音性難聴	H28.10.13 H10 H25.6	マーコット病院 095-△△△-0000 // レモン耳鼻咽喉科 095-00△-△△00

病状経過

H10年頃より高血圧のため内服開始。耳の聞こえが悪くなり、H25.6両感音性難聴と診断をうけるが、定期的な通院治療は行っていない。左耳に補聴器使用。
H28.10.13自宅内で脳梗塞発症。マーコット病院へ約3カ月入院。退院後は通院にてリハビリと服薬を行う。現在はリハビリは終了し、月1回の通院治療を行っている。

4.医療(介護)上の注意点									
感染症	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 治療(介護)への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
アレルギー <small>※薬剤、食物等</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (エビ、カニ)								

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 checked="" type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>内服薬記載</td> <td>ワーファリン錠1mg 2×1 朝</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ノルバスク2.5mg 1×1 朝</td> </tr> <tr> <td></td> <td>アローゼン0.5g 1×1 就寝前</td> </tr> </table>	内服薬記載	ワーファリン錠1mg 2×1 朝		ノルバスク2.5mg 1×1 朝		アローゼン0.5g 1×1 就寝前
内服薬記載	ワーファリン錠1mg 2×1 朝						
	ノルバスク2.5mg 1×1 朝						
	アローゼン0.5g 1×1 就寝前						
薬剤管理	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 服薬拒否						

6.身体・生活状況											
身長	156	cm	体重	53	kg	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 【 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 / 上肢 軽度 下肢 軽度 】				
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		起き上がり	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		座位保持	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他:			
食事	食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 不明				食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食		摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 水分 トロミ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	水分制限	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 有	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			口腔機能	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(部分)	
	排尿	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時				
排便	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			言語	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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: 感音性難聴(両耳)のため補聴器使用。補聴器を使用しても聞きとれていないことがあり、勘違いあり。左耳に補聴器使用。										

7.経過、連絡事項等(介護サービス利用状況を含む)	
H29.5月~△Oデイサービス2回/週開始。休まず通所できていた。片麻痺のため屋内外とも1本杖歩行。つまづくことは時々あるが、本人も注意しており、転倒には至っていなかった。 日常生活は同居の夫の支援をうけながら過ごされている。近隣に住む長女から食事の差し入れや掃除・洗濯の援助あり。 最近、「自分の悪口を言っている」「嫌がらせをしている」と思い込み、自宅やデイサービスで興奮することが出てきており、家族やデイサービスの参加者との関係が悪化している。精神科等の受診は本人の拒否があり行なっていない。	