

事業所名: _____
 ケアマネ氏名: _____
 tel _____ fax _____

下記の利用者様の情報提供をいたします。情報提供に当たっては、ご本人、ご家族様の同意を得ております。

1)基本情報

ふりがな		性別		住所	電話番号
氏名	様	生年月日	歳		
世帯	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 2人以上(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他())				
主な介護者	続柄	住所	電話		
カーブール	続柄	住所	電話		
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 居室 階 エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項()				
生活歴					
生活状況等					

2)介護保険

要介護度	認定期間	～	障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 原爆			
週間スケジュール	日	月	火	水	木	金	土
週単位以外サービス							

3)身体・精神状態

障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度	【特記事項】
食形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> むせなし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ(昼夜) <input type="checkbox"/> PTトイレ(夜) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルン	
移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知機能低下あり <input type="checkbox"/> 認知症あり(診断名:	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ	

4)本人・家族の希望

本人	
家族	

5)ケアマネ意見等

院内多職種カンファレンス	<input type="checkbox"/> 参加を希望します	退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 参加を希望します
--------------	-----------------------------------	------------	-----------------------------------

にご入院された
 様の情報提供を受け取りました。

受領日:
 医療機関名:

担当者

印