

病院

提出先部署

御中

事業所名

電話

FAX

携帯

担当者名

名刺のりづけ

※患者様の退院の見通しが立てば担当ケアマネージャーへ
ご連絡をよろしくお願いいたします。

フリガナ
氏 名 生年月日 □M□T□S 年 月 日

住 所

緊急連絡先①氏名 続柄 電話 携帯

②氏名 続柄 電話 携帯

かかりつけ医① 電話

連絡先② 電話

既往歴等

お薬 □有(□手帳持参 □手帳持参なし) □無

介護保険 □未・□申請中(/ 付)・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 (認定期間 ~)

身障手帳等 □有 (□身体□知的□精神□特定疾患)内容・等級 □無

経済状況 □国民年金 □厚生年金 □生活保護 □年金無

介 護 □ヘルパー(/週)□デイ (/週) □デイケア(/週) □訪問看護(/週)

サービス □訪問リハビリ(/週) □福祉用具レンタル □ショートステイ利用

自己負担サービス □有 (利用品目) □無

家族構成

同居者は○で囲む

□男性○女性(年齢) ★キーパーソン

住環境

□持ち家 □借家

□一戸建て □集合住宅(階)

トイレ……□和式 □洋式

住宅改修…□有 □無

浴 室………□有 □無

エレベーター…□有 □無

移乗

寝返り………□自立 □一部介助 □全介助

起き上がり…□自立 □一部介助 □全介助

座位………□自立 □一部介助 □全介助

立ち上がり…□自立 □一部介助 □全介助

立位………□自立 □一部介助 □全介助

移乗………□自立 □一部介助 □全介助

移動

歩行………□自立 □一部介助 □全介助

移動手段……□杖 □歩行器 □車椅子

排泄

尿意(□有 □無) 便意(□有 □無) 失禁(□有 □無)

日中…□自立 □尿器 □P トイレ □オムツ

夜間…□自立 □P トイレ □オムツ

清潔

保清(入浴・清拭)…□自立 □一部介助 □全介助

アレルギー

□有 () □無

食生活・口腔

食事摂取方法…□自立 □一部介助 □全介助

食事形態…□普通 □軟飯 □粥 □きざみ □ミキサー

経管……□経鼻() □PEG()

嚥下・口腔ケア…□自立 □一部介助 □全介助

着脱・整容………□自立 □一部介助 □全介助

服薬状況

…管理・飲み方…□自立 □一部介助 □全介助

認知症

………□有 (□軽度 □中度 □重度) □無

短期記憶…□問題なし □問題あり

意思表示…□問題なし □問題あり

金銭管理能力…□自己管理 □家族管理 □その他(後見等を想定)

周辺症状…□被害妄想等 □幻視幻聴 □昼夜逆転□徘徊

□暴言 □暴力 □介護への抵抗 □異食

裏面特記事項欄 記入 □有 □無

コミュニケーション障害、認知症などの支援(□有 □無)

(視力・聴力・発語・他者との関わり、入院時の配慮など)

インフォーマル(家族の介護力・支援状況)

在宅での生活状況(在宅で受けていた医療処置等)・課題・その他特記事項

※個人情報保護の観点から、手渡し或いは郵送にて情報提供をお願いします。

※このシート使用における個人情報取扱いについては、ケアマネージャー契約時に本人様もしくは家族様に同意書を得ております。