

情報提供書

医師用

情報提供先

御中

医療機関名
所在地
連絡先
医師名

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	H S T 年 月 日 (歳)
氏名	様				
住所					電話
介護保険 被保番号					有効期間 H 年 月 日 ~ H 年 月 日
介護認定	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			認定日	H 年 月 日
医療区分	特定疾患 受給者証	有・無	身体障がい 者手帳		有・無 (障がい名) 種 級

連絡先(緊急時)

氏名 (キーパーソン)	(続柄)	氏名	(続柄)
住所	住所		
電話 (自宅)	(携帯)	電話 (自宅)	(携帯)

傷病名

利用者の病状、経過等 (直近の診察日: 平成 年 月 日) 前回診療より変化なし

投与中の薬剤の用量・用法

<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 前回診療より変化なし アレルギー・副作用
	有・無
	感染症
	有・無

特別な医療

<input type="checkbox"/> 疼痛の管理	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換)
<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 胃瘻 サイズ 交換)	
<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:)	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (L/min)	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)
<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> その他 ()	

介護サービスを利用する上での留意点・介護方法

体温 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	移動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
血圧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	入浴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

利用者の日常生活上の留意事項

病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注着) <input type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意)	<input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告)	<input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意	<input type="checkbox"/> 見守りや連絡などの配慮が必要	<input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫
その他: <input type="checkbox"/> 糖尿病のために過食に注意 <input type="checkbox"/> 疼痛治療を行っているので、意識確認が必要	<input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意	<input type="checkbox"/> 定期的な排便確認
	<input type="checkbox"/> 転倒による骨折に注意	<input type="checkbox"/> 十分な水分摂取

医学管理の必要性

<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他 ()

備考