

情報提供書

介護支援専門員用

情報提供先

事業所名
所在地
連絡先
管理者名
担当者名

御中

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				電話	
住所				有効期間	~ H 年 月 日 H 年 月 日	
介護保険 被保番号				認定日	H 年 月 日	
介護認定	申請中(申請日: H 年 月 日) 暫定利用(有・無)					
	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
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)

本人・ご家族の状況・意向や援助方針など(経済状況等)

	医療機関名	氏名	連絡先	病名
主治医 ①				
②				
③				

利用者の病状、経過等

--

現在処方されている薬剤

<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 投薬管理している人 ()	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:)	(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 ()	

関係機関

	事業所名	連絡先		事業所名	連絡先
歯科			薬局		
訪看			訪問 リハ		
通所 介護			通所 リハ		
訪問 介護			訪問 入浴		
ショート ステイ			福祉用 具貸与		

<input type="checkbox"/> 住宅改修 (有・無)	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 (有・無) ()
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導算定 (医・歯・訪問看護・調剤薬局・栄養)	
保険外サービス ()	

ふりがな 氏名	様
------------	---

記入日 平成 年 月 日

本人の生活歴・趣味・日中の過ごし方

--

日常生活自立度	障がい	<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	評価日
	認知	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	H 年 月 日		

ADLとIADLの状況		評価日	平成	年	月	日	特記事項
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり					
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり					
意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> 不可能				
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
周辺症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 不潔行為			
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 抑うつ・不安	<input type="checkbox"/> その他			
睡眠障がい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> その他		
麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
	下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
歩行	<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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
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			
転倒のリスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ややあり	<input type="checkbox"/> 状況によりあり	<input type="checkbox"/> あり			
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			
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			
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTトイレ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> バルーン		最終排便 (月 日)
	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便		
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	<input type="checkbox"/> 機械浴		
入浴制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
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			
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			
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
口腔疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり				
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不十分				
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 義歯必要	<input type="checkbox"/> 困難				
義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 誤嚥に注意	<input type="checkbox"/> 困難				
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			
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> 経管栄養	(kcal/日)				
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 食べず	<input type="checkbox"/> スプーン3口程度	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 全量		
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 悪い				
食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					