

送付先 事業所名:

送付元 機関名:

フリガナ 氏名	生年 月 日	年齢 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
食事・栄養に関する現状/療養上の課題			
身長/体重	cm/ kg	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有( ml/日)
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養		
食事内容	主食(詳細)	<input type="checkbox"/> 粥 … <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( )分粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー	
	副食(詳細)	<input type="checkbox"/> きざみ( <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー	
	※該当する 場合に記載	・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j ・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい	
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない		
入院前の飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 不明		
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去吸っていた <input type="checkbox"/> 現在吸っている <input type="checkbox"/> 不明		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有: 褥瘡・皮膚トラブルに関する補足 <input type="checkbox"/> 無		
身体・生活機能の現状/療養上の課題			
リハビリ	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	障害高齢者の 日常生活自立度	<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	
リハビリに関する補足:			
口腔ケア	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1~9 <input type="checkbox"/> 10~19 <input type="checkbox"/> 20以上	
	根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
口腔ケアに関する補足:		噛む力 <input type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない	
薬	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> セット・手渡し	
	内服薬の包装	<input type="checkbox"/> 一包装 <input type="checkbox"/> PTPシート	
	管理方法	<input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> お薬カレンダー	
内服動作・介助に関する詳細			
精神面・行動面 における 療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント		
補足:			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(詳細: )
HDS-R	_____点	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名: )
MMSE	_____点	入院中の転倒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細: )
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input 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		
社会資源・制度利用状況			
障害等 認定	身体	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級	
	療育	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
要介護 認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		
	有効期限:	_____まで 申請日: _____	
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明		
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
退院後必要と思われるサービスについて <input type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済			
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> その他(インフォーマル含む)		
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名: _____		
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬局名: _____		

入退院支援担当者:

記載者: