

送付先	機関名: _____	送付元	(担当: _____)
	担当者名: _____		TEL: _____
	FAX: _____		FAX: _____

フリガナ	_____	生年	_____	年齢	_____	性別	<input type="checkbox"/>
氏名	_____様	月日	_____	年	_____	月	<input type="checkbox"/>
		日	_____	日	_____	歳	<input type="checkbox"/>

住所	_____	自宅Tel	_____
		携帯Tel	_____
緊急連絡先 氏名		続柄	電話番号
住所			
①			
②			

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子	家族構成図
	<input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他( )	
家族構成	家族構成員数 _____ 名 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 家族との関係性: _____	
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆	金銭管理: _____
	<input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病)	生活困窮: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> その他	虐待の疑い: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

障害等認定	<input type="checkbox"/> 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	障害名
	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> A <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 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

身長/体重: _____ cm/ _____ kg ( _____ 年 _____ 月 _____ 日時点) <input type="checkbox"/> 不明	最終排便 _____ / <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細: _____)	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: _____)
現在治療中の病気	既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記)
_____	_____

医療・治療に関する情報	入院歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	入院期間(年/月)	疾患名(もしくは入院理由)	入院先 医療機関名
		<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 過去半年以内 <input type="checkbox"/> 過去1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上前			

かかりつけ 歯科	<input type="checkbox"/> 有/機関名: _____ ↳ 訪問: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歯科 治療状況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 不明
----------	--	---------	---

薬について	常用薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※薬剤情報添付	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
	お薬手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内服薬の包装	<input type="checkbox"/> PTPシート <input type="checkbox"/> 一包化
	かかりつけ薬局	管理方法	<input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> お薬カレンダー
	<input type="checkbox"/> 有/薬局名: _____ ↳ 訪問 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/薬剤名: _____
		内服動作・介助に関する詳細	

入院前から行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 痛みコントロール	その他・補足: _____
	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度) <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素療法	
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ処置 <input type="checkbox"/> ドレーン・留置カテーテル	

褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: _____)	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有( _____ ml/日)
----	--	------	--

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
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 <input type="checkbox"/> 特記
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：

自宅環境	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 /エレベーター: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	転倒歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
詳細:		詳細:

動作	自立	見守り	一部介助	全介助	【必須】詳細を記入。(主な手段、日中/夜間・屋内/屋外の違い、使用している器具・用具、介助方法、その他補足)
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ベッド移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:次回交換日
排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴場所:
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

口腔ケア	介助量:	義歯 <input type="checkbox"/> 無 / 部分: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 / 総: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない
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	口腔ケアに関する補足
根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	

摂食・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
方法	<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 <input type="checkbox"/> 経管栄養
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <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 <input type="checkbox"/> その他( )
副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <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 <input type="checkbox"/> その他( )
栄養	※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
水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> 薄いとりみ <input type="checkbox"/> 中間のとりみ <input type="checkbox"/> 濃いとりみ <input type="checkbox"/> とろみ _____ % (※該当する場合記入)

喫煙歴	<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	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
-----	--	------	--

コミュニケーション	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 筆談 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 難あり/弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 /眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 筆談 /補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	補足
-----------	--	----

<input type="checkbox"/> 訪問サービス【	:	/週】【	:	/週】
<input type="checkbox"/> 通所サービス【	:	/週】【	:	/週】
<input type="checkbox"/> ショートステイ【	:	/週・月】【	:	/週・月】
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導【職種	:	/週】【職種	:	/週】
<input type="checkbox"/> 配食サービス【	:	/週】	<input type="checkbox"/> サービス詳細はケアプラン参照	
<input type="checkbox"/> その他(インフォーマルを含む):				

本人の生活歴	本人の趣味・興味・地域での活動等
本人の意向(生活について、療養について)	家族の意向(生活について、療養について)

支援者より
-------

※この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

受取通知FAX用 送付先記入欄	書類が届いた日	年	月	日	/担当者名:
-----------------	---------	---	---	---	--------

退院調整	<input type="checkbox"/> 送付元までお願いします。
の連絡	<input type="checkbox"/> こちらまでお願いします。→担当者: /Tel: