

情報提供書

宛先:

提出日

年

月

日

| | | | | | |
|---------------|--|-----|---------|-----------|-----|
| フリガナ 氏名 | | 性別 | | 生年月日 | |
| 住所 | | | | 電話 | |
| かかりつけ医 | 医療機関名 | | | 医師氏名 | |
| 定期受診 | 回 / | | 既往歴 | | |
| 往診 | 回 / | | | | |
| 薬局名 | | | | | |
| 家族構成 | ジェノグラム | | | 介護度: | |
| | | | | 主介護者 | 続柄: |
| | | | | キーパーソン | 続柄: |
| | | | | 第① 連絡先 | 続柄: |
| | | | | 第② 連絡先 | 続柄: |
| 担当ケアマネ | 氏名: | | | 事業所: | |
| | 連絡先: | | | | |
| サービス 利用状況等 | デイサービス | 回 / | 訪問リハビリ | 回 / | |
| | 訪問介護 | 回 / | デイケア | 回 / | |
| | 訪問看護 | 回 / | ショートステイ | 回 / | |
| | 訪問入浴 | 回 / | | 回 / | |
| | | | | | |
| 介護状況 | ※ 利用者の方のケアをする上で困っている事などがあれば記入してください。(例: 人柄…それに対する対応) | | | | |
| 要望等 | ※ 在宅復帰に向けての要望・意見があれば記入してください。 | | | | |

| | | |
|-------|---|-------------------------|
| 意思疎通 | | 意思疎通方法: |
| 認知障害 | | 困っている事: |
| 視力障害 | | 生活上の注意点: |
| 聴力障害 | | 生活上の注意点: |
| 食事 | 食事摂取 | () 義歯 |
| | 主食: | 治療食: () |
| | おかず: | 水分のトロミ: () |
| | その他(禁忌、補助食器など): | |
| | 経管栄養: | 最終交換日: 年 月 日 |
| 器材名: | サイズ()Fr、挿入長さ()cm、コネクタ規格() | |
| 使用栄養剤 | × 、 白湯 × | |
| 排泄 | 排泄 | 尿破棄量:()mL 最終排便日: 年 月 日 |
| | 方法 | その他: |
| | 着用 | |
| | 状態 | 尿: 尿意 失禁 便: 便意 失禁 |
| | 薬剤使用 | 内容: |
| ストーマ | 膀胱留置カテーテル ()Fr 最終交換日: 年 月 日 | |
| 入浴 | | 最終入浴日: 年 月 日 |
| 移動 | 起居 | 座位 |
| | 起立 | 移乗 |
| | 歩行 | 補助具: |
| | 拘縮・麻痺 | 部位: |
| 睡眠 | | 眠剤: 薬名: |
| 服薬管理 | | |
| | 内服方法: | ※ 薬の内容はおくすり手帳参照 |
| 皮膚疾患 | 褥瘡 | その他: |
| | 部位: | 処置方法: |
| 医療処置 | 吸引 | () |
| | 酸素療法 | (安静時 L 体動時 L) |
| | インスリン | () |
| | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> PCAポンプ <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> その他() | |
| 備考 | | |
| | この情報は西暦 年 月 日 サービス利用時の状況です。 | |

事業所名:

記載者: _____