

【利用者情報提供書】

病院ID. - -

記入日：平成 年 月 日

居宅介護支援事業者	事業所名		担当者名		
	所在地	〒 TEL FAX			
氏 名	ふりがな		性別	生年月日	
住 所			電 話	年齢 歳	
緊急連絡先	氏 名	続柄	電話番号	勤務先 電話番号	
保 険 証 等	介護保険被保険者番号	保険者名		〇〇市町村 介護度	
	認定日	有効期間		～	
	身体障害者手帳	有・無	等 級	備 考	
	傷 害 名			交付年月日	
主な傷害と疾病					
感染性疾患		<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無			
主 治 医		病院(医院) 科 先生 (<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通 院)			
かかりつけ歯科医		病院(医院) 先生 (<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通 院)			
かかりつけ薬局		薬局名 () ※薬剤師名もわかれば記載			
投 薬					
身 体 状 況	起臥床	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	具 体 的 状 況
	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	
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不 可	
	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	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	特記事項				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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	
	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	
	洗 面	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難 聴	
	言 語	<input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> やや不明瞭	<input type="checkbox"/> かなり不明瞭	
禁止動作		<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
精 神 状 況	認知症状 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (ありの場合その状況)				

日常の様子	(<input type="checkbox"/> 大半離床 <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 常時臥床)									
食生活	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥							
		副食	<input type="checkbox"/> 通常または常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー							
		水分	<input type="checkbox"/> とろみあり <input type="checkbox"/> とろみなし							
		特記事項(嫌いな物など)								
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 支障あり(むせ・飲み込みにくさ) <input type="checkbox"/> 支障なし				義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない				飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない			
家族構成	<div>男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> ・ 本人 <input type="checkbox"/> ◎ ・ 死亡 <input type="checkbox"/> ● ・ 同居は囲む</div>					介護状況				
										※介護者の身体状況・職業の有無等
家庭状況	住居	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート			トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式				
	ベット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		住宅改修	<input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 改修済 <input type="checkbox"/> 今後計画 <input type="checkbox"/> 必要なし					
	専用居室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
サービス利用状況(利用している事業所名)										
備考										