

氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳
本人住所：		電話			家族関係		
連絡先氏名	( )	住所	連絡先№				
連絡先氏名	( )	住所	連絡先№				
介護保険番号			介護度：	申請中			
かかりつけ主治医			医師	電話			
病名：			内服管理：自立(分包 有 無) 家族 その他 ( )				

【在宅生活の状況】

<p>現在のサービス利用状況</p> <p>訪問診療 ( ) 往診 ( )</p> <p>訪問看護 ( ) 訪問介護 ( ) デイサービス ( ) デイケア ( )</p> <p>訪問入浴 ( ) ショートステイ ( ) 福祉用具レンタル ( )</p> <p>住宅改修 ( 有：場所《 》 無 ) 福祉用具レンタル ( 電動ベット ベット付属品 エアマット )</p> <p>福祉用具購入 ( 有：品目《 》 無 ) その他 ( )</p> <p>サービス利用状況での追記</p>
<p>在宅での問題点 (大きな課題)・入院後も気になる点・家族関係・本人の性格・症状の特徴など</p>
<p>在宅時の本人及び家族の思い・入院時のお願い等 (処置内容・内服管理状況・看護上のアドバイスなど)</p>

【在宅時・施設入所時の状況】

機能障害	言語障害：有 無	視力障害：有 無 ( 右 左 ) (眼鏡 コンタクト)
難聴	有 無 (右 左) 補聴器 (有 無)	麻痺：有 無 (部位 )
褥創	有 無 (部位 )	日常生活自立度：寝たきり度判定 J A B C
移動	歩行 (自立・杖・老人カー) 車椅子 (自立 要介助) 寝たきり その他 ( )	
痴呆性老人の日常生活自立度	ランク ( ) 問題行動：徘徊 暴力 夜間せん妄 幻覚 妄想 記憶障害うつ症状	
食事	量：少食 普通 大食 経管栄養 (胃ろう 胃管) 最終交換日 月 日 食事形態：固形 軟形 きざみ パーセント	
摂取方法	はし スプーン その他 ( )	義歯：有 無 えん下状態：良 悪
食事状況	自立 全介助 一部介助 見守り	食事体制：ギャジアップ 端座位 車椅子 食卓椅子
保清	自立 全介助 一部介助 ( 自宅入浴 通所入浴 訪問入浴 清拭 )	
更衣	自立 全介助 一部介助 (その他 )	
排泄	自立 介助 全面 (オムツ 尿器 ポータブルトイレ バルン 最終交換日 月 日)	
尿意	有 無	便意：有 無 その他

【担当ケアマネジャーもしくは施設相談員】

名前		所属	
住所		電話	

\*退院調整のために退院前には必ず担当ケアマネへご連絡ください。必要時カンファレンスに参加します。