

病院担当者様

作成日 令和 年 月 日

基本情報	フリガナ		性別	生 年 月 日			年齢	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	M・T・S	年	月	日 歳	
	住所	主介護者		関係				
介護保険情報	介護度	事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・変更)						
	認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 訪問看護(/) <input type="checkbox"/> 訪問介護(/) <input type="checkbox"/> デイサービス(/) <input type="checkbox"/> デイケア(/) <input type="checkbox"/> ショートステイ(/) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(/) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 障害手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他						
医療体制	主治医	医療機関						
		<input type="checkbox"/> 通院(頻度:) <input type="checkbox"/> 訪問診療(頻度:) <input type="checkbox"/> 訪問看護(頻度:) 事業者名()						
処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 床ずれ					左記の詳細		
	利用者の状況							
身体状況	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J(自立) <input type="checkbox"/> A(外出要介助) <input type="checkbox"/> B(座位可) <input type="checkbox"/> C(寝たきり) <input type="checkbox"/> 視力障害(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 言語障害 意思伝達: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 口腔: <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(<input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分) <input type="checkbox"/> 歯なし							
	認知状況	認知機能: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不明 周辺症状: <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他						
入院前の生活		屋内歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 起居動作: <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 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 <input type="checkbox"/> 経管栄養 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ 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 方 法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ 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 <input type="checkbox"/> 行なっていない (入浴場所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (入浴方法) <input type="checkbox"/> 全・半身浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 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 整 容: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 睡 眠: <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 眠剤(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 内 服: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	入院に至るまでの支援経過					家族の状況		
	入院前の生活上の困りごとや退院後に考えられる生活上の支障(住宅環境・経済面・介護力)							

※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。

事業所名

担当者:

連絡先 電話: ()

FAX: ()