

利用者情報提供書（ショート・デイ）

担当ケアマネージャー殿

No. 1

記入日 平成 年 月 日

フリガナ			性別	生 年 月 日		年 齢			
ご利用者氏名			男 女	明 大 昭 年 月 日		歳			
現住所	〒		TEL	() -					
			FAX	() -					
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中 (更新 ・ 区分変更 ・ 新規)				介護保険負担割合	1割 ・ 2割			
介護認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				被保険者番号				
負担限度額認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				認定区分 (第1段階・第2段階・第3段階・第4段階)				
緊急時連絡先 (必ず記入して下さい)	氏名				続柄				
	住所				昼間Tel				
					夜間Tel				
	氏名				続柄				
				昼間Tel					
				夜間Tel					
家族構成			サービス利用状況						
			生活状況						
医療・看護・健康状況	診断名		#1			服薬状況			
			#2						
			#3						
			#4						
			#5						
			#6						
	現病歴および現症								
	既往症								
	かかりつけ医療機関	機関名			主治医	先生 (科)			
		Tel							
	認知症	無・有	認知症自立度 I・II・III・IV・V	意思疎通	普通・ほぼ通じる・通じ難い・判別不能				
	周辺行動	徘徊・弄便・物盗妄想・せん妄・異食・暴言・暴力・帰宅願望・睡眠障害 その他 ()							
障害	無・有 (運動機能 ・ 言語 ・ 視力 ・ 聴力 ・ その他) 内容 ()								
褥瘡	無 有 (部位 :)	麻痺	無 有 (部位 :)						
疼痛	無 有 (部位 :)	浮腫	無 有 (部位 :)						
睡眠	良眠 ・ 不眠 ・ 昼夜逆転 ・ その他 ()								
感染症	無 ・ 有 (MRSA ・ 結核 ・ HB ・ HCV ・ 梅毒) ・ 未確認								
特記事項 医療行為	無 有 (インスリン ・ バルーン ・ ストマー ・ 酸素 ・ 胃ろう ・ 吸引) その他 ()								

No.2 ADL状況

項目		状況				特記事項								
基本動作等	歩行	自立	杖等	歩行器	車椅子									
	介助	自立	見守り	一部介助	全介助									
	転倒歴	無 有 ()												
	ベッド	エアマット	無 有 ()											
		体位交換	無 有 ()											
		その他												
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助									
整容	自立	見守り	一部介助	全介助										
入浴	全般	自立	見守り	一部介助	全介助									
	方法	一般浴	座位式	寝台式	その他									
	場所	自宅	訪問入浴	福祉施設	その他									
	回数	回 / 日												
排泄	全般	自立	見守り	一部介助	全介助									
	方法	トイレ	ポータブル	尿器	その他									
		布下着 ・ リハソ ・ テープ式 ・ パット												
	排便	回 / 日		便秘 (無 有)										
排尿	回 / 日		頻尿 (無 有)											
食事	全般	自立	見守り	一部介助	全介助	アレルギー : 無 有 ()								
	動作	箸	スプーン	フォーク	自助具	食事制限 : 無 有 ()								
	主食	米飯	粥	ミキサー	その他									
	副食	普通	刻み	ミキサー	その他									
	義歯	無 有 (一部 ・ 全部)												
	嚥下	普通	むせあり	注意必要	Dr指示									
◇具体的な介護内容について留意点・注意点・希望などがありましたら記入してください。														
◇一日の生活状況														
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%; text-align:center;">6:00</td> <td style="width:35%; text-align:center;">12:00</td> <td style="width:35%; text-align:center;">18:00</td> <td style="width:15%; text-align:center;">0:00</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>							6:00	12:00	18:00	0:00				
6:00	12:00	18:00	0:00											
ケアプラン作成事業所					担当ケアマネジャー									
下記のサービス提供事業所へ上記の情報を提供することに同意致します。														
利用者氏名 _____						Ⓜ								
代理人氏名 _____						Ⓜ								
提供先	通所介護カノン用賀				(1 3 7 1 2 1 2 8 6 9)									
	〒158-0097 東京都世田谷区用賀3-3-18グリーンハウス No.101 1F													
	TEL	03-6880-2193				担当	金澤							
	FAX	03-6860-6972												

<ケアマネージャー → サービス提供事業所>

利用者本人またはその代理人の同意のもと、利用者情報を提供いたします。

担当ケアマネージャー氏名 _____

Ⓜ