

居宅介護・介護予防ご利用者様情報連携表

平成 年 月 日

医療機関名

先生御侍史・ご担当様

事業所名：
担当ケアマネージャー(CM)：
所在地：
TEL：
FAX：
E-mail：

平素はお世話になり誠にありがとうございます。この度、__月__日付にて、ご診療いただいております、下記の患者様の介護保険[更新・新規・区分変更]申請を援助させていただき運びとなりました。

つきましては、患者様の日頃の様子、介護保険サービスを含めた現在の支援の状況をご報告させていただきます。また、主治医の意見書作成および今後の支援の方針について、お問い合わせ・ご意見ございましたら、お手数おかけいたしますが、上記担当CMまでご連絡下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。

(※ご報告にあたり、ご利用者様より同意をいただいております。)

【ご利用者様情報】

ご利用者様氏名	様	性別	男・女	年齢	T・S	年	月	日(歳)
ご利用者様住所								
現在までの介護度	新規・要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5			身長・体重	cm・ kg			
区分変更申請・新規申請における理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 新たに介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> その他()							

【報告内容】※ご本人様の生活機能と支援の状況について

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
ご利用されている福祉用具他：[杖・歩行器・車椅子][箸・スプーン等・自助具][オムツ・リハビリパンツ・パッド等] [身体面から見た生活機能の特記事項]			
[他科受診：]			
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り()		
意思決定・伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 全面的に支援を要する		
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他			
[精神面から見た生活機能の特記事項]			
[他科受診：]			
服薬	<input type="checkbox"/> 安定(自力・家族・ヘルパー) <input type="checkbox"/> 不安定	食事	<input type="checkbox"/> 安定(自力調理・既製品・配食・ヘルパー) <input type="checkbox"/> 不安定
[介護サービス利用状況]			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/ 月・日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/ 月)			
<input type="checkbox"/> デイサービス[通常・リハビリ型・入浴型](回/ 月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/ 月)			
<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/ 月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/ 月) <input type="checkbox"/> ショートステイ(回/ 月)			
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(車椅子・特殊寝台および付属品・床ずれ防止用具・手すり・歩行器・ほか) <input type="checkbox"/> その他のサービス			
[申請にあたっての、ご利用者様・ご家族様のご希望]			

以上です。今後とも医療・介護のより良い連携のため、ご協力宜しくお願い申し上げます。