

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）情報提供書

情報提供元（医療機関）		情報提供先（ケアマネジャー・介護保険事業者等）	
医療機関名:		事業所名:	
医師氏名:		担当者名:	
所在地:		所在地:	
TEL:		TEL:	
FAX:		FAX:	
E-mail:		E-mail:	
利用者(ご家族)の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診察年月日:令和 年 月 日)			
(フリガナ)	生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		
氏名:	性別：男・女		
住所:			
傷病名:			
要介護度:	要支援(Ⅰ・Ⅱ) 要介護(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) 介護保険番号:		
1. 病状変化			
<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 症状変化に注意 <input type="checkbox"/> _____ の時は報告 その他:			
2. 発生頻度の高い病態			
<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> その他() 対処方法→()			
3. 認知・知覚の状態			
<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 夜間に悪化 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫() <input type="checkbox"/> その他:			
4. 介護サービス留意事項			
【入浴】	体温: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 37.5℃以上で中止 <input type="checkbox"/> その他: 血圧: <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 収縮期血圧160以上もしくは、拡張期血圧100以上で中止 <input type="checkbox"/> その他:		
【移動】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行は介助が必要 <input type="checkbox"/> 定期的な体位変換が必要 <input type="checkbox"/> その他:		
【排泄】	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 定期的なトイレ誘導が必要 <input type="checkbox"/> 常時オムツ着用中 <input type="checkbox"/> 尿意なし <input type="checkbox"/> 便意なし <input type="checkbox"/> その他:		
【食事】	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 食事介助が必要 <input type="checkbox"/> 誤嚥に注意が必要 <input type="checkbox"/> とろみ剤の使用 <input type="checkbox"/> 軟菜食・ペースト食の導入 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他:		
【その他,記述欄】 例:口腔内保清の介助が必要・内服確認・日中は離床を促す等			
5. 居宅サービスの利用状況			
<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他:			
6. 医療機関から利用者(家族)へ指導・説明した内容			
7. 利用者(家族)の希望			