

在宅連携用 基本情報提供書 I (居宅介護支援事業所→医療機関)

事業所名				介護支援専門員名		
電話番号 ()	—		FAX ()	—		
介護支援専門員から病院へ連絡事項 (例:退院時ご連絡ください 等)						
フリガナ			性別			
氏名			男 女	居住住所		
生年月日	年 月 日		歳	電話番号		
				携帯番号		
保険種別	1 健康保険 (高齢 後期高齢 国保 組合 全国健保)					
	2 自賠 労災 3 生保 4 重度医療					
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (身体 療育 精神) <input type="checkbox"/> 無 (申請中 申請予定) () 級 障がい名 ()					
特定疾患	(疾患名)					
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定あり 介護度 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで					
主治医				医療機関		
介護保険利用状況						
サービス事業所名			頻 度	連絡先		
				電話() —		
				電話() —		
				電話() —		
				電話() —		
福祉用具貸与品						
住宅改修 有・無						
施設入所申し込み 有・無 施設名						
家族構成				キーパーソン氏名		
				_____ 続柄() _____		
				キーパーソン連絡先		
				電話 () —		
				携帯 () —		
在宅中での本人の意向				在宅中での家族の意向		

ADL・I ADLの状況 ※「一部介助」には「見守り」「声掛け」が必要な場合を含みます

食事 自立 一部介助 全介助
 経口 経鼻胃管 PEG 腸瘻 その他
 常食 粥 キザミ とろみ 特別食() 濃厚流動食
 排泄 自立 一部介助 全介助
 トイレ PB オムツ 尿器 差し込み便器 留置カテーテル
 消化管ストマ 尿管ストマ その他
 起居 自立 一部介助 全介助
 移動 自立 一部介助 全介助
 補助具なし 杖 歩行器 車いす ストレッチャー
 清潔 自立 一部介助 全介助
 入浴 シャワー浴 清拭
 着脱 自立 一部介助 全介助
 調理 自立 一部介助 全介助
 掃除 自立 一部介助 全介助
 買い物 自立 一部介助 全介助
 金銭管理 自立 一部介助 全介助
 服薬状況 自立 一部介助 全介助

日常生活自立度 (自立 J-1 J-2 A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2)

認知症判定表 (正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)

認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	コミュニケーション能力
認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行動 <input type="checkbox"/> 夜間譫妄	
	<input type="checkbox"/> 有		

特記事項

記載日		記載者		提出日	
-----	--	-----	--	-----	--