

御中 作成日 _____

ふりがな _____

氏名 _____ 様 性別 _____ 生年月日 _____ 歳

住所 _____ TEL① _____

住居 戸建 集合住宅 TEL② _____

居住形態 独居 夫婦世帯 家族と同居 施設（高齢者住宅等）

要介護認定： _____ 期間： _____ ~ _____ 負担割合： _____ 割

<疾患名・病状・主訴> _____ 入院日 _____

<既往歴> _____

<必要な看護処置>

在宅酸素療法 インスリン 疼痛管理 留置カテーテル 気管切開 吸引 浣腸

経管栄養⇒ 胃ろう(PEG) PTEG その他 → 【 _____ 】

<療養上の管理>

◆ 体調管理（できる・できない） ◆ 皮膚状況【 _____ 】

◆ 身長 _____ cm ◆ 体重 _____ kg（計測日 _____）

眼鏡使用 義歯使用 感染症 → 【 _____ 】

<身体的機能障害>

歩行障害 ⇒ 筋力低下 関節拘縮 関節疼痛 麻痺（部位↓）

視力障害 聴覚障害 言語障害 注意障害

摂食嚥下障害 栄養障害

栄養・食生活の留意点：【 _____ 】

<ADL・IADL>（1：自立、2：要時間、3：見守り、4：一部介助、5：全介助、0：未実施・未評価）

	1	2	3	4	5	0	方法及び特記事項等
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ヘルスト <input type="checkbox"/> とろみ
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 特別食・療養食：
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食品アレルギー：
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動： <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 転倒の危険
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄方法・回数等	(日中・夜間で異なっている場合)						最終排便日 _____ 最終入浴日 _____

◆ 認知症高齢者の日常生活自立度 _____ ◆ 障がい高齢者の日常生活自立度 _____

◆ 外出（自立・介助・未評価） ◆ 食事準備（自立・介助・未評価） ◆ 掃除（自立・介助・未評価） ◆ 洗濯（自立・介助・未評価）

◆ 金銭管理（自立・介助・未評価） ◆ 電話（自立・介助・未評価） ◆ 買い物（自立・介助・未評価） ◆ 意思疎通（問題無・やや難あり・困難）

<認知症の中核症状>

記憶障害 見当識障害 理解・判断力の障害 実行力障害 感情表現の変化

<認知症の周辺症状>

幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行

介護の抵抗 徘徊 不潔行為 異食行為 性的問題行動

その他・特記事項【 _____ 】

<認知症テスト>（※直近の結果を記入）

◆ (HDS-R・MMSE) _____ / _____ 点（実施日： _____）

<夜間の状態>

◆ 睡眠状態（良好・不良） 特記事項【 _____ 】

<精神・神経症状>

◆ 症状【 _____ 】

<家族等連絡先1> 同居 別居 ◆本人との関係 ◆就労：(有・無)
名前： 様 ◆健康状態：(良好・やや不良・不良) ◆TEL①
住所： ◆TEL②

<家族等連絡先2> 同居 別居 ◆本人との関係 ◆就労：(有・無)
名前： 様 ◆健康状態：(良好・やや不良・不良) ◆TEL①
住所： ◆TEL②

<在宅での経過・生活歴等>

<性格・趣味嗜好等>

<介護保険サービス、福祉用具の利用等> ケアプラン3表参照

<医療機関通院状況(かかりつけ医師、かかりつけ歯科医師、調剤薬局等)>

<処方内容 内服管理> 服薬指導・薬剤指導 別紙参照 ◆内服状況(処方通り・時々飲忘れ・飲忘れ多い)

本人管理 家族管理 その他支援者管理：
 一包化 服薬カレンダー ボックス管理

<退院に向けて生活上の課題>

◆本人や家族の意向(自宅での生活、医療についての意向、同居の家族への思い等)

◆介護支援専門員が考える在宅・施設に戻れるめやす

<家族等の状況、介護力について>

<経済状況(年金の種類別、ひと月当たりの収入等)>

<住環境 ※必要に応じて写真等を添付する>

<住環境に関する特記事項>

◆居室 階 エレベーター
◆寝具 (ベッド・布団) ※ベッドの種類→(固定・ギャッチ・電動)
◆トイレ (洋式・和式) 手すり 段差
◆浴室 (有・無) 手すり 段差

<特記・ケアマネからの連絡事項等>

◆退院調整等

14日以内の医師からの症状・退院説明の同席を希望 その他 ↓
 退院前カンファレンス等の参加を希望
 薬剤指導等の実施を希望
 栄養指導の実施を希望

事業所名

所在地 〒 恵庭市

担当者 TEL

FAX