

該当項目に☑または○印

※Excel版はプルダウンで項目を選択できる仕様になっています

御中 作成日

ふりがな _____

氏名 _____ 様 性別 _____ 生年月日 _____

住所 _____

TEL① 固定電話 _____

TEL② 携帯番号も（わかれば） _____

住居 戸建 集合住宅

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> _____

<既往歴> _____

生年月日
M：明治 T：大正 S：昭和
※Excel版は生年月日を入力すると年齢が自動計算されます

<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 _____ 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 _____

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 _____ (部位↓)

視力障害 聴覚障害 言語障害 _____

摂食嚥下障害 栄養障害 _____

栄養・食生活の留意点：【 _____ 】

わからない所を無理に埋める必要はありません
現時点でわかる情報をできるだけ記載しましょう

<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"/> ベースト <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 _____

トイレ、ポータブル、オムツ、パットの使用の有無や日中と夜間で方法が違う場合はそれぞれ記入します

◆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>

出身地、職歴、家族構成、
友人との交流、地域のつ
ながり など

本人の性格、趣味、
友人との交流、好き
な事・嫌いな事など

<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

ケアプラン(週間サービス計画
表)、お薬情報などの添付で
記載の省略も可

<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

シートの記載内容では情報が不
足する場合は、必要に応じて別
紙を添付してください

◆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>

・家族と連絡が取りづらい、家族の理解力が乏しい、など
病院に伝えておきたいこと
・シート内の特記事項欄が不足の場合はこちらに記入

◆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