

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	様	性別	生年月日
氏名			
住所		TEL①	固定電話
住居	☒ 戸建 ☐ 集合住宅	TEL②	携帯番号も（わかれば）
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>

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

<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 ☐ 浣腸
☐ 経管栄養⇒ ☐ 胃ろう（PEG） ☐ P T E G ☐ 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
☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	食事： ☐ 普通 ☐ お粥 ☐ ペースト ☐ とろみ
移動	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 経管栄養 ☐ 特別食・療養食：
口腔ケア	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ 食品アレルギー：
階段昇降	☐	☐	☐	☐	☐	☐	移動： ☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 転倒の危険
起居動作	☐	☐	☐	☐	☐	☐	その他追加情報
移乗	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ADL、IADLに係る追加情報を記入します
入浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
整容	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
トイレ動作	☐	☐	☐	☐	☐	☐	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
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>

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

<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）>

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

<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>

◆居室 ☐ 階 ☐ エレベーター

◆寝具（ベッド・布団） ※ベッドの種類→（固定・ギヤッチ・電動）

◆トイレ（洋式・和式） ☐ 手すり ☐ 段差

◆浴室（有・無） ☐ 手すり ☐ 段差

<住環境に関する特記事項>

<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
☐ 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

☐ その他 ↓

事業所名

所在地 〒 恵庭市

担当者

TEL

FAX