

様

基本情報・情報提供書

記入年月日 令和 年 月 日

事業所名		TEL	()	—
担当介護支援専門員		FAX	()	—

ふりがな 利用者名		性別		生年月日	年	月	日()	歳	
住所				本人 連絡先	自宅	()	—		
					携帯	()	—		
被保険者番号				緊急 連絡先	①	()	—		
					②	()	—		
* 要 介 護 度	総合・要支・要介 ()・申請中・未申請			障害手帳	無・有(身障・精神・知的)			級	
	認定日	(R . .)			障害名				
	認定期間	(. . ~ R . .)			日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
				* 認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
家 族 状 況 等	《家族構成》		* 世帯状況	名前	続柄	備考			
				独居					
				高齢者世帯					
				日中独居					
				その他					
		主：主介護者、☆：キーパーソン							
* 介護力等				近隣の 協力等					
* 医 療 情 報	現病名			受診状況 医療機関 (TEL)	服薬状況				
	既往歴 * 入院歴 感染症等								
経 済 状 況	生活保護	無・有	課税状況	課税・非課税	介護保険負担割合	割			
	年金	円/月			負担限度額軽減	無・有			
	金銭管理	本人・その他()			社会福祉法人減免	無・有			

生活に対する 意向	
生活歴	
経 過	
在宅(施設)生活 に 必要な要件	

週間スケジュール							
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具() <input type="checkbox"/> その他()							
住宅 状況	一戸建・集合住宅(持家・賃貸)・その他()				一日の過ごし方 活動・趣味		
	特記						
心身等 の 状 況	身長	cm	体重	kg (BMI)	6ヶ月間の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	座 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	立 位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	麻 痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)					
	拘 縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記)					
	視 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 見えない (特記)					
	聴 力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 聞こえない (特記)					
	言 語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 話せない (特記)					
	理 解	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)					
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 (特記)					
	精神周辺 症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	特記]				
その他							
A D L 等 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	服 薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	* 排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
		(尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)					
	睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> いろいろ <input type="checkbox"/> 不眠 (特記)					
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記) (義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
その他							
I A D L 状 況	掃 除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
	調 理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記)					
その他							
災 害	避難先	風水害時		土砂災害時		震災時	

※上記の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。 *診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連