

居宅サービス情報提供書（介護と医療の連携用）

提供年月日：平成 年 月 日

医療機関名

先生御侍史

(医療・病状に係る内容)

看護師・MSW・担当者様

(ケアに係る内容)

利用者氏名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
利用者住所	〒 ー		電 話	()
			要介護度	要支援____ 要介護____(有効期限)平成 年 月 日
居住環境	同居・独居	一戸建て・共同住宅	障がい高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M
				主病名
				既往歴
現在受診している医療機関名		主治医		
			服薬状況：	
			自立・一部介助・介助・なし・その他()	

* 現在利用中のサービス

訪問介護	回/週	訪問入浴	回/週	短期入所	福祉用具貸与
訪問看護	回/週	訪問リハビリ	回/週	住宅改修	
通所介護	回/週	通所リハビリ	回/週	福祉用具購入	その他

* 日常生活動作について

障がい	認知・視力・聴力・言語・麻痺()・その他()				
行動障がい	徘徊・大声・不穏・転倒・転落・その他()				
移動	歩行(自立・見守り)	車椅子移乗(自立・介助)・車椅子移動(自立・介助)その他()			
排泄	自立・ポータブル(一部介助・全介助)・尿器・オムツ(常時・夜間)・その他()				
清潔	自立・要介助(一般浴・特浴・シャワー浴・清拭)・その他()				
食事	自立(箸・スプーン)・一部介助・全介助		食事形態	米飯・粥()・流動・他()	

* ケアプラン作成者からの報告（在宅で行われている介護・医療の状況）

特別な医療：()

医療と介護の連携の情報提供をよろしく
お願い致します

入・退院、転院情報等が入りましたら、ご連絡
頂きますようお願い致します

事業所名：_____

住 所：_____

Tel：_____ Fax：_____

担当者名：_____