

# 利用者情報提供書

入院先の医療機関等名称

御中

作成日：

この情報提供書は利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

フリガナ				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		( 歳)	
氏名								
住所	〒					tel		
要介護度		有効期間	～					
障害等認定	特定疾患 ( )			身障	級	精神	級	療育 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
連絡先	フリガナ			続柄		tel	自宅/職場:	
	氏名						携帯:	
	フリガナ			続柄		tel	自宅/職場:	
	氏名						携帯:	
【家族状況】				【入院までの生活状況】				
介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週)		<input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( 回/週)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週)		<input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週)		<input type="checkbox"/> ショート ( 回/月)			
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ( )				<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
疾患等	既往歴:							
	現病歴:							
	主治医:							

## ADL

食事形態	主食: <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒刻み/刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		
	トロミ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		備考:		
口腔状況	ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考:		
移動	移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考:		
	移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排泄	排尿	昼: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考:	
		夜: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排便	昼: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考:	
		夜: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
睡眠状況	夜間: <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転		備考:		
着脱衣	上衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考:		
	下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
認知症の 症状	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言		<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為		<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 性的問題行動
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
認知症高齢者日常生活自立度 ( )			障害高齢者日常生活自立度 ( )		
特記事項					

※退院に向けてのお願い・・・状態の変化が無ければ退院時に情報提供を頂きたいので、退院が決まり次第連絡をお願いします。

事業所名	住所	
担当者名	連絡先	tel:                      fax: