在宅生活情報シート

平成　　年　　月　　日提出

病院　担当者宛

氏　　名		生年月日	ＭＴＳ　　年　月　日	住所	市　町
緊急連絡先	（続柄　　）	家族構成	☆キーパーソン　同居		
介護保険	申請中　要支援　1・2 要介護　1　2　3　4　5				
かかりつけ医	①　　（℡　　）				
（連絡先）	②　　（℡　　）				
身障手帳等	有（　　）・無				
経済状況	年金・生活保護（担当　　）・その他				
既往歴					

※　現在利用中のサービス

訪問診療	回/週	訪問看護	回/週	訪問リハビリ	回/週	住宅改修	
訪問介護	回/週	訪問入浴	回/週	短期入所		福祉用具貸与	
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（在宅で行なわれている介護・医療の状況）

事業所名	藤井寺市地域包括支援センター	担当ケアマネ	
住所		連絡先	℡：　　Fax：

（入院日：　年　月　日）

医療と介護の連携のため、今後患者様の状態に関する情報交換することについて

（いつ　　）（誰　　）に了承すみ