

病院 担当者宛

氏名		生年月日	M T S 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 (TEL)				
(連絡先)	② (TEL)				
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		担当ケアマネ	
住所		連絡先	TEL: 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

() () に了承済み