

飯山介護老人保健施設みゆき情報提供書

平成 年 月 日

氏名 明・大・昭 年 月 日生 (才)	男 住所 〒 - - 女 TEL - -
緊急連絡先 続柄 () 住所 電話番号 - -	氏名 様
要介護度 : 要支援 (1・2) 1・2・3・4・5 有効期限 (年 月 日) 申請中 区分変更中	
最終退院日 / (予定) 最終退所日 (短期除く)	年 月 日
家族構成 主介護者 ()	既往歴
現病歴及び生活状況	利用目的、利用理由
現在の内服薬	退所後の予定
麻痺 あり 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 なし	意思の疎通・・・ 可能 少しでも できない
	義歯 あり (上 下 総 部分) なし
難聴 あり 補聴器 (有・無) 軽度 なし	経管 あり 胃瘻 経鼻 種類 () サイズ ()
	褥瘡 瘻 あり 部位 () なし
視力障害 あり 眼鏡 (有・無) 軽度 なし	排泄 トイレ Ptイレ オムツ 留置カテーテル (fr) 最終交換
	感染症 部位 ()
言語障害 あり … 失語症 構音障害 症状	特記事項
現在受診している医療機関名	
血液型	

日常生活動作の状況

年 月 日 現在

現在の状況(該当の箇所に○をつけてください。)

1・自立 2・部分介助 3・全介助

移動	歩行 車椅子	1・2・3 1・2・3	杖歩行 ・ 歩行器
食事	経口 経管	1・2・3 流動・半固形	食事内容 (常食 ・ 全粥 ・ 刻み ・ 他) チューブの種類 流動の品目 (・ 回/1日 ml/1回 cal/1日
排泄	オムツ PTイレ トイレ	1・2・3 1・2・3	終日・夜間のみ(リハビリパンツ ・ 尿取パッドのみ ・ 紙オムツ)
入浴		1・2・3	リフト ・ 特浴
更衣		1・2・3	
回/1日 ・ 1回/()日 ・ 1回/()日 GE・内服薬() 排便の状態 特記事項			
受けていた介護保険 サービスの種類		① ③ ⑤	② ④ ⑥
精神的活動について(該当の箇所に○をつけてください。 1. 自分の住所、年齢がわからないことがある。 2. 物忘れが多い。 3. 感情が不安定になる場合がある。 4. 不潔な行為がある。 5. 夜間不眠があり、大声で騒ぐ。(昼夜逆転) 6. 暴言、暴力がある。 7. 幻覚、幻聴がある。 8. 徘徊がある。 9. 介護に抵抗が認められる。 10. その他(具体的にお願いします。)			
認知症老人の日常生活自立度 (正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)			
特記事項			
事業所・施設・病院名: 担当者 (CM ・ NS ・ CW ・ SW) 氏名 電話			