

利用者情報提供書

宛先: _____ 作成者: _____ 令和 年 月 日
 被保険者番号: _____ 担当CM: _____ 事業所名: _____
 本人氏名: _____ 殿 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日生 (歳)
 住所: _____ 自宅TEL: _____ 緊急連絡先: _____

家族状況 (介護者・キーパーソン)	氏名	続柄	年齢	職業	住所(TEL)
寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			認知症度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
要支援()・要介護()・申請中・区分変更中				認定期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
サービス状況					
現在に至る状況 (病歴) (生活歴)					
主治医	医師 TEL				
内服薬他					
麻痺	(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)				
視力	(普通・少し見える・全く見えない)				
聴力	(普通・少し聞こえる・聞こえない)				
コミュニケーション能力					
食事	(常食・軟食・きざみ)(胃瘻・鼻腔)(義歯有・無)				
排泄	尿:(自立・介助・オムツ・ポータブル)・バルン(号) 便:(自立・介助・コントロール要)・人工肛門				
皮膚状態	湿疹等:		褥瘡:		
入浴	(自立・介助・入っていない)				
更衣	(自立・介助)				
歩行					
移乗					
移動					
室内環境	(ベッド・ふとん)				
問題行動	もの忘れ・失見当・失認・徘徊・不潔行為・昼夜逆転・暴言暴行・幻覚・介護に抵抗・鬱・異食行為				
特記事項 (利用目的) (特種処置)					