

在宅情報提供書

提供先医療機関：

提出日：H 年 月 日 提供時間：

ふりがな		生 年 月 日			年 齡	性 別	
氏 名		様 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住 所		〒 ー			電話番号		
緊急連絡先	氏名	様		続柄	電話番号		
	〒 ー		住所		携帯電話		
家族状況	同居の有無	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者のみと同居 <input type="checkbox"/> 配偶者と子供と同居 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> その他：					
	主介護者	支援状況					
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()	有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
主治医				(主治医氏名)	(電話番号)		
(現病歴)				(既往歴)			
障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				家族構成		
認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
健康 状態							
社会性							
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない			視 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
指示への反応	<input type="checkbox"/> 支持が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない			聴 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難		
項 目		本人の状態			特 記		
A D L	食 事	食事摂取	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
		摂取方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他				
		形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
			副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
		飲水	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
排 泄	尿 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	便 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
	失 禁	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
排 泄 方 法	尿失禁用具材	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パンツ+パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ+パット <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他					
	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他					
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他					
更 衣	後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	上着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
入 浴	ズボン等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他：()					

A D L	皮膚状態	褥瘡 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	整容	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		口腔（歯磨き）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 局部義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯	
	移動 移乗	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助	
両足をついた 座位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助		
立ち上がり		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
歩行		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動 方法	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバ-カ- <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		
	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバ-カ- <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		

精神 状況	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ
	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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"/> 収集癖 (特記事項)

医療	処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル
	(特記事項)	

住宅 環境	住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート [設備] エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	生活場所	___階 [居室] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [寝具] <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> その他 ()
	浴槽	<input type="checkbox"/> 据え置き式 <input type="checkbox"/> 埋め込み式
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：

項目	本人の状態	特記	
生活 状況	電話利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	

生活 歴		趣味	
---------	--	----	--

主訴	(本人)	(家族)
----	------	------

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級 ()種 障害名 ()
---------	---

精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級
---------	--

経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

利用 中 サ- ビ- ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (事業所名/利用頻度)
	<input type="checkbox"/> インフォーマルサービス ()

備考	
----	--

受領者印

*退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

居宅介護支援事業所名：

担当介護支援専門員：

連絡先：TEL () -

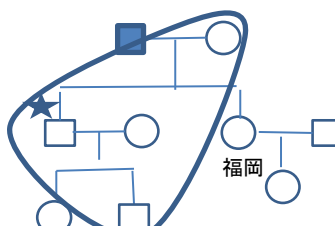
在宅情報提供書

提供先医療機関： ○○病院

提出日:H 29年 4月 1日

提供時間

訪問時間等を記載する。

ふりがな	くるめ はなこ		生 年 月 日			
氏 名	久留米 花子 様		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S	7年 5月 5日 84歳	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
住 所	〒 ー		電話番号	12-3456		
	久留米市					
緊急連絡先	氏名	久留米 太郎 様	続柄	電話番号	12-23456	
			長男	携帯電話	123-4567-8910	
	〒 ー	住所	同上			
家族状況	同居の有無	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者のみと同居 <input type="checkbox"/> 配偶者と子供と同居 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長男夫婦と孫)				
	主介護者	久留米 南子	支援状況	家事全般の支援や受診介助		
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	有効期限	平成 28年 8月 1日 ~ 平成 30年 7月 31日			
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)					
主治医	△△内科		(主治医氏名)	△△	(電話番号)	12-2222
(現病歴)			(既往歴)			
平成5年 高血圧 平成6年 糖尿病 平成22年11月 脳梗塞(左片麻痺)			昭和50年頃 子宮筋腫 ○○病院にて全摘 平成10年 白内障(右) □□眼科にて手術 平成25年7月 左大腿部頸部骨折 ××病院にて手術			
現病歴を記載しましょう。			手術歴がある場合は、時期や病名の記載や入院先が分れば記載すると良いでしょう。			
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				家族構成 	
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
健康状態	糖尿病に関しては食事管理や服薬管理が出来ていれば数値は落ち着いているが、間食が増えると数値が悪くなり体調が悪化してくる。インスリン注射は嫁が対応している。 現在の生活に影響が出ている病状や状況を記載しましょう。					
社会性	元々は社会的で地域の行事には参加していた。					
意思の伝達	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない			視 力	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難	
指示への反応	<input checked="" type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない			聴 力	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 多少難あり <input type="checkbox"/> 困難	
項 目	本人の状態			特 記		
食 事	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			準備をすれば、箸を使用し摂取する。時々咽があるので見守りが必要である。糖尿食 1500kcal 塩分5g 副食は一口大 摂取カロリーや制限がある場合や経管栄養の摂取内容等が分れば記載しましょう。	
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他 ()				
	形態	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
A D 排 泄	飲水	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			尿意・便意はあり自分でトイレに行き排泄する。時々、間に合わずに失禁ありパット使用。スポンを下げる事は出来るが、上げる時に合時が必要である。 介助方法や頻度など分る範囲で記載しましょう。	
	尿 意	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	便 意	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	失 禁	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
L 排 泄 方 法	尿失禁用具材	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input checked="" type="checkbox"/> ハンツ+パッド <input type="checkbox"/> 紙オムツ+パッド <input type="checkbox"/> 留置カテテル <input type="checkbox"/> その他				
	日中	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他				
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他				
	後始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更 衣	上着	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			椅子に腰かけて行うが、袖通しや整え、スポンを上げる等の介助は必要。	
	ズボン等	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
入 浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			デイサービスで入浴し届く範囲の洗身や洗髪は行うが、届き難い部分や右側は介助が必要である。	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 自宅風呂 <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他				

A D L	皮膚状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	左足に水虫あり。
		皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
	整容	洗顔	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	洗面所に寄りかかり行い、うがいは自分です。 入れ歯は嫁が洗う。
		口腔(歯磨き)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 局部義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 総義歯	
	移動移乗	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助	ベッド柵に掴まり起き上がり、介助ハ-や机を支えに立ち上がる。数分は座位保持出来るが、不安定であり背もたれ・肘付の椅子がよい。 左下肢に短下肢装具を着用し杖を使用し室内は自力歩行可。長距離や屋外は車いす移動にて見守りや介助が必要。
両足をついた座位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助		
立ち上がり		<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移乗		<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動方法	屋内	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカ- <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	左下肢に短下肢装具を着用し杖を使用し室内は移動するが、長距離や屋外は車いす移動。	
	屋外	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカ- <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		

精神状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ
	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為
(特記事項) 時々、伝えた事を忘れる事があるが、声掛けをすれば問題はない。	

医療	処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル
	(特記事項) 特になし。	

住宅環境	住居	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> アパート [設備] エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	生活場所	1階 [居室] <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [寝具] <input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input checked="" type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> その他 ()
	浴槽	<input type="checkbox"/> 据え置き式 <input checked="" type="checkbox"/> 埋め込み式
	住宅改修	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 内容: トイレ・玄関上り框に手すり設置

項目	本人の状態	特記
電話利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	時々娘と電話をするが、取りついでもらう。
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	1回分を毎食時に渡し服用する。
金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input type="checkbox"/> 全介助	小遣い程度は自分で管理する。
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	身の回りの事は行うが、殆ど嫁が行う。
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	嫁が行う。
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	嫁が行う。
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> しているが不十分 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	嫁が行う。

生活歴	久留米生まれ。20歳で結婚し2人の子供を育てる。専業主婦。夫を10年前に亡くしてからは、趣味のカラオケに出かけたり洋裁教室に通いお友達との交流の多かった。6年前に脳梗塞で倒れてからは介護保険を利用し在宅生活を継続している。	趣味	カラオケ・洋裁
-----	---	----	---------

主訴	(本人) 出来る事は自分でしたいカラオケも楽しみたい。 自宅内は自由に動いて回れるようにしたい。	(家族) カラオケが出来る事で本人の楽しみが出来るので、参加出来る様にしてやりたい。 怪我なく過ごして欲しい。物忘れがきになります。
----	--	--

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2)級(1)種 障害名()
---------	--

精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()級
---------	---

経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (遺族年金)
------	---

利用中サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (事業所名/利用頻度) ・〇〇病院デイケア…3/w ・〇〇株式会社…特殊寝台、介助ハ-、車いす、 <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス ()	病院にて面談をする時は、2枚作成し1部を渡し、もう1部に名前を記載して頂き持ち帰る。
---------	--	--

備考	本人と家族の意見が違いますので、各々の意見を確認されるか同席にて話を進めていかれる方が良いでしょう。 本人の性格や家族の状況、関わり方など、特に伝えたい事を記載して下さい。	受領者印
----	---	------

*退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。
 居宅介護支援事業所名: _____ 担当介護支援専門員: _____
 連絡先: TEL () - _____