

飯山介護老人保健施設みゆき情報提供書

令和 年 月 日

氏名	男	住所 〒	—
明・大・昭 年 月 日生 (才)	女	TEL	— —
緊急連絡先 続柄 ()	氏名	様	
住 所			
電 話 番 号	— —		
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	意思の疎通・可能 少しできる できない
なし			義歯 あり (上 下 総 部分) なし
難聴	あり	補聴器 (有・無) 軽度	経管 あり 胃瘻 経鼻 種類 () サイズ ()
なし			褥瘡 瘻 あり 部位 () なし
視力障害	あり	眼鏡 (有・無) 軽度	排泄 トイレ Pトイレ オムツ 留置カテーテル (fr) 最終交換
なし			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	1・2・3	杖歩行 ・ 歩行器
	車椅子	1・2・3	
食事	経口	1・2・3	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
	経管	流動・半固形	
排泄	オムツ		終日・夜間のみ(リハビリパンツ ・ 尿取パッドのみ ・ 紙オムツ)
	Pトイレ	1・2・3	
	トイレ	1・2・3	
入浴		1・2・3	リフト ・ 特浴
更衣		1・2・3	
回/1日 ・ 1回/()日 ・ 1回/()排便 ・ 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
<p>精神的活動について(該当の箇所に○をつけてください。)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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			