

右京区共通情報提供サマリー(入院時情報提供用)

御中

平素よりお世話になりありがとうございます。この度、貴医療機関にご入院されました利用者様の在宅療養中のサービス利用状況等につきまして情報提供いたします。ご入院中のケアに活用頂ければ幸いです。また、状態が安定されご自宅に退院の目処がつきましたら、退院に向けての調整にも積極的に参加したいと考えておりますので、ご連絡頂きますようお願い申し上げます。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
氏 名					

心身の状況 平成 年 月 日 現在の状況

項目	評価				特記事項	
視 力	支障なし	見えにくい	見えない	眼鏡 有・無		
聴 力	支障なし	聴こえにくい	聴こえない	補聴器 有・無 (耳で使用)		
言 語	支障なし	はっきりしない	話せない			
理 解	支障なし	やや困難	できない			
移 動	自立歩行	介助歩行	車椅子自走	車椅子介助		
移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助		
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助	食事内容	義歯の使用 有・無
衣服着脱	自立	見守り	一部介助	全介助		
洗 面	自立	見守り	一部介助	全介助		
入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助	入浴方法	頻度 週/月 回
服 薬	自立	見守り	一部介助	全介助	服薬管理の方法	
睡 眠	良眠		時に不眠	不眠	睡眠剤服用 有・無	ベッドの使用 有・無
排尿	自立	トイレ介助	Pトイレ (介助・自立)	便尿器	おむつ (昼・夜)	カテーテル使用 有・無
排便	自立	トイレ介助	Pトイレ (介助・自立)	便尿器	おむつ (昼・夜)	下剤の使用 有・無
日常行動	支障なし	支障あり	(具体的な状況)			
障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症高齢者日常生活自立度		自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M				

かかりつけ医療機関及び介護者連絡先

医療機関	フリガナ	続 柄	同 居
主治医名	緊急連絡先		有・無
TEL	住所		
FAX	TEL		

ご自宅での生活および介護の状況(病気や介護者の状況及び住環境など在宅生活の要点)

*介護者 移乗介助等身体的介助 (可 ・ 不可)	*現状自宅での車椅子使用 (可 ・ 不可)
*カンファレンスの開催希望 (退院調整時 ・ 必要時 ・ その他)	お願いしたい

サービスの利用状況(介護保険以外のサービスも含む)

*添付の居宅サービス計画書をご参照下さい。

居宅介護支援事業所 作成日 平成 年 月 日

事業所名		TEL	
担当者名	介護支援専門員	FAX	