

医療連携加算情報提供書

記載日:

担当 居宅支援事業所名	機関名	
	氏名	
	TEL	

基本情報

氏名		性別		家族構成	
生年月日					
住所					
TEL					
キーパーソン	氏名				
	TEL				
かかりつけ医					
介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		介護者の状況	
	認定期間		~		
利用サービス	訪問介護・予防訪問介護		回/W	事業所名	
	訪問入浴・予防訪問入浴		回/W	事業所名	
	訪問看護・予防訪問看護		回/W	事業所名	
	福祉用具貸与・予防福祉用具貸与	事業所名			
	貸与用具内容				
	通所介護・予防通所介護		回/W	事業所名	
	デイケア・予防デイケア		回/W	事業所名	
ショートステイ		日	事業所名		
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			担当者:	

入院直前(1週間以内くらい)の状況

疾病の状態	既往歴				
	主症状		服薬状況		自立
食事		食事内容			
移動		状態:			
入浴の可否		入浴状況			
排泄		排泄方法	ポータブルトイレ		
認知症		周辺症状:	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動		
コミュニケーション					
生活の状況・介護状況	在宅での家族の関わり度、家族の思い等				

医療機関確認欄:

--