

医療介護連携 情報提供シート(案)

各務原市様式

医療機関名	
先生御侍史	
電話番号	
FAX番号	

作成日 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

【ケアマネジャー記載欄】

本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 返信	返信希望の有無 <input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
---	---

ふりがな		性別		生年月日	
利用者名		性別		M・T・S	年 月 日
要介護度	無 申請中 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				

【本人（家族）の同意について】

同意有

内容	
----	--

食事面	<input type="checkbox"/> 食事形態 () <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食べこぼしがある <input type="checkbox"/> むせがある <input type="checkbox"/> 口が乾く <input type="checkbox"/> その他	排泄面	<input type="checkbox"/> 尿臭がある <input type="checkbox"/> 下痢が続く <input type="checkbox"/> 便秘がある <input type="checkbox"/> 尿量が多い <input type="checkbox"/> 排尿回数が少ない <input type="checkbox"/> その他
衛生面	<input type="checkbox"/> 居室内等生活環境の状況 <input type="checkbox"/> 洗身洗髪等の状況 <input type="checkbox"/> 整容等の状況 <input type="checkbox"/> その他 ()	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 湿疹あり <input type="checkbox"/> かぶれあり <input type="checkbox"/> 発赤あり <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 ()
身体状況	<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> 転落した <input type="checkbox"/> 筋力低下あり <input type="checkbox"/> 拘縮あり <input type="checkbox"/> その他 ()	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安感が強い <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴等あり <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 認知症の進行 <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬状況	<input type="checkbox"/> 飲みすぎている <input type="checkbox"/> 飲めない(飲まない) <input type="checkbox"/> その他 () ↓ <input type="checkbox"/> 体調不良有 () <input type="checkbox"/> 薬が足らなくなっている <input type="checkbox"/> 形状が合っていない <input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 他科からの薬がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【医師記載欄】

確認しました 電話してください ⇒ 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後 () 時頃

下記の通り回答します

医師名