

# 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  |   | 続柄     |        |  |
|  | 住所  |   |        |        |  |
|  | 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 |  |
|  | ADL   |   | 認知症ランク |        |  |
| 現在利用されているサービス  | 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   |  |
|  | <input type="checkbox"/> グループホーム・ケアハウス入所中             |   |        | 事業所名   |  |
|  | <input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護・予防小規模多機能居宅介護      |   |        | 事業所名   |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ |   |   |        |        |  |
| 生活保護   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 担当課   |        | 担当者:   |  |

## 既往歴

| 主病名    | 発症年月日 |
|--------|-------|
|        |       |
|        |       |
|        |       |
|        |       |
|        |       |
| その他の病名 | 発症年月日 |
|        |       |
|        |       |
|        |       |
|        |       |

## 麻痺・拘縮・褥瘡等

|                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損     |   |  |
| <input type="checkbox"/> 麻痺       |   |  |
| <input type="checkbox"/> 筋力の低下    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡       |   |  |
| <input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 |   |  |
| <input type="checkbox"/> 関節の拘縮    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 関節の痛み    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 拘束・痛み    |   |  |
| <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 | <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹                             |  |
| <input type="checkbox"/> 補助装具     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |  |
| <input type="checkbox"/> 補助器具     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 |  |

