

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		事業所名				
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"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 体幹	
<input type="checkbox"/> 拘束・痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子
<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

最近の主な経過(おおむね1年以内)

--	--

現在の主な問題点

その内容

A) 在宅での問題点

現在の主な問題点	その内容

B) 施設内での問題点

現在の主な問題点	その内容

ご本人・ご家族の思いなど

--