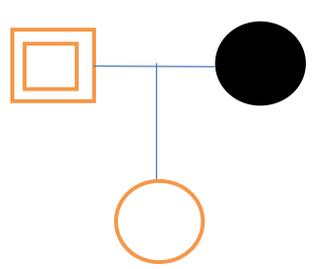


医療連携加算情報提供書

記載日： 平成21年3月23日

担当 居宅支援事業所名	機関名	〇〇事業所
	氏名	東海 太郎
	TEL	(058) 382-3101

氏名	トウカイ ジロウ 東海 次郎		性別	男		家族構成	
生年月日	平成21年3月21日						
住所	各務原市蘇原東島町4-6-2						
TEL	(058) 382-3101						
キーパーソン	氏名	東海 花子					
	TEL	(058) 382-3101					
かかりつけ医	A医院						
医療保険の種類	組保管掌健康保険						
福祉医療	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有						
障害者手帳	種類	身体障害者手帳1級					
	障害名	脳血管疾患による右片麻痺あり					
介護保険	介護度	要介護5		介護保険 利用サー ビス	訪問介護	2回/W	
	認定期間	平成21年3月23日	~		平成21年3月23日	通所介護	2回/W
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	各務原市高齢福祉課		担当者:	山田		

疾病の状態	既往歴	糖尿病・高血圧				
	主症状	糖尿病に伴う網膜症あり				
	服薬の状況	一部介助	服薬内容	薬名記入		
食事	一部介助	食事内容	普通食			
口腔ケア	一部介助					
移動	全介助	状態:	車椅子			
入浴の可否	入浴	入浴状況	一部介助			
排泄	一部介助	留置カテーテル				
夜間の状態	不穏	状態:	昼夜逆転・徘徊あり			
認知症	有	周辺症状:	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行
長谷川式点数	15 点		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input checked="" 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			
療養上の留意する事項	現在娘さんと二人暮らしです。平成21年6月に奥さんが亡くなりました。最近になり認知症状は出現してきており、夜間徘徊や昼夜逆転の症状があります。					

医療機関確認欄:	手書き
----------	-----