

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"/> 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	

