

利用情報提供書 <状態に変化があったとき>

平成 年 月 日

紹介先施設：介護老人保健施設さくら 通所リハビリテーション・短期療養介護

紹介元の居宅支援事業所名 _____

電話番号 _____

担当ケアマネージャー氏名 _____

FAX番号 _____

本人氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	性別	男・女		(歳)
住所	介護度				
TEL	有効期間				
緊急連絡先①	殿	緊急連絡先②	殿	主治医 機関名	
TEL:		TEL:		科名	
携帯:		携帯:		医師名	

傷病名
症状経過、検査結果及び治療経過
医師からの意見（注意事項・禁忌事項・指導内容・今後の治療方針）
終末期における希望・リビングウィル
感染症の有無 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし HBs抗原（-・+・不明） HCV抗体（-・+・不明） 梅毒（-・+・不明） 皮膚疾患（-・+） その他の感染症

利用目的・希望の頻度・日程
本人： _____ 家族： _____

現在の問題点・課題・今後予想されるリスク
ケアマネージャーの援助方針・目標とする姿・生活像
リハビリの観点から期待される効果（具体的にどうなってほしいか）

現時点でのADL	※使用物品があれば記入してください。（車椅子・シルバーカー・オムツ・紙パンツ・パット・L字柵・補聴器・スプーン等） ※変更点があるところを記入してください。	
寝返り		麻痺・拘縮
起居		関節の変形
立ち上がり・立位		整容
移乗		洗顔・口腔ケア
移動		入浴・更衣
送迎車へ乗り込む方法		会話
排泄／昼	／夜	理解力・記憶力
排便コントロール	失禁／有・無（昼・夜）	服薬管理
睡眠		精神症状・周辺症状
食事方法		
食事内容		処置

処方薬の内容（点眼・内服・塗布薬）
