

# 情報提供票

氏名 \_\_\_\_\_

事業所 \_\_\_\_\_

記載日 令和 年 月 日

記入者 \_\_\_\_\_

入 居 希 望 者	要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 申請中			
	認知症高齢者の日常生活自立度	ランク ( )	障害高齢者の日常生活自立度	ランク ( )	
	在宅サービス利用率	前月のサービス利用実績: _____		単位・過去3ヶ月の平均利用率: _____ %	

医 療 ・ 健 康 状 態	主病名		既往歴		
	医療機関 主治医		連絡先		
	現在必要な医療	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他( )			
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
	特記事項				
心 身 の 状 態	身長・体重	身長: _____ cm 体重: _____ kg	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上: 右・左 下: 右・左)	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 話せない	褥そう	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所: _____)	
	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> わからない	対人関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや苦手 <input type="checkbox"/> 苦手	
	周辺症状 ○印 複数可	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徘徊・夜間不眠・異食・脱衣・失禁)	精神症状 ○印 複数可	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻覚・攻撃・うつ・せん妄・不安)	
	特記事項				

※裏面への御記入もお願いします

生活動作	歩行 移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 補助具使用なら可( ) <input type="checkbox"/> できない (移動手段: )	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ややむせる <input type="checkbox"/> 困難	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下)
	入浴	<input type="checkbox"/> 個浴・一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記事項		

介護者の 状況	介護者の 就労	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 4時間未満(午前・午後) <input type="checkbox"/> 8時間 <input type="checkbox"/> 不定期就労 就労内容( )
	介護者の 関わり	<input type="checkbox"/> 常時関わっている <input type="checkbox"/> 日中関わっている <input type="checkbox"/> 夜間関わっている <input type="checkbox"/> 関わっていない どのような関わり( )
	経済的 負担	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (第 段階) 高額介護該当 <input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 24,600円 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
		特記事項

《特記及び状況等》