

医療機関情報提供書

事業所名： _____

作成日： _____

年 月 日

作成者： _____

フリガナ		性別	介護度	住所	〒			
本人氏名		様						
生年月日	年 月 日		歳	電話番号	①		②	
緊急連絡先 ①	フリガナ	氏名	様	同居・別居	住所			
				続柄	電話番号	①		②
緊急連絡先 ②	フリガナ	氏名	様	同居・別居	住所			
				続柄	電話番号	①		②
家族構成	主	氏名	続柄	生年月日	同別	電話番号①	電話番号②	勤務先等
				年 月 日	同居			
				年 月 日	別居			
移動・歩行	屋外移動	自立・見守り・一部介助・全介助		独歩・杖・歩行器・押し車・車椅子				
	屋内移動	自立・見守り・一部介助・全介助		独歩・杖・歩行器・押し車・車椅子				
	階段昇降	自立・見守り・一部介助・全介助		装具				
起居動作	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助						
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助						
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助						
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助						
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助						
食事動作	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		箸・スプーン・フォーク・自助具				
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		義歯	有(上・下・一部)	無	嚥下障害	無・時々・有
	主食	ご飯・軟飯・粥・ミキサー粥・パン	副食	普通・粗刻み・刻み・極刻み・ミキサー食		水分摂取	可・制限・トロミ・スロー・不可	
	禁食アレルギー							
	摂取量							
嗜好								
入浴	介助	自立・見守り・一部介助・全介助						
医療的処置	経鼻栄養・鼻腔・胃瘻・吸引・褥瘡処置・インシュリン・導尿管・テル・酸素療法・ストマ(人工肛門)・その他 ()							
主病名								
病歴			処方					
延命治療 終末期	病院へ搬送された場合の延命治療について <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の装着 <input type="checkbox"/> 輸液・酸素投与)							
	終末期(看取り介護・ターミナルケア)の希望について <input type="checkbox"/> 病院でのターミナルを希望する <input type="checkbox"/> 施設での看取り介護を希望する <input type="checkbox"/> その他 ()							
視力	普通・やや悪い・人の動きがわかる程度・ほとんど見えない (補足：)							
聴力	普通・やや悪い・大声が聞き取れる・ほとんど聞こえない (補足：)							
発語	普通・聞き取りにくい・聞き取れない (代替：)							
理解力	普通・分かり難い・わからない (補足：)							
麻痺	無・有 (Br/s：) (補足：)							
拘縮	無・有 (部位：)							
褥瘡	無・有 (部位：)							
皮膚疾患								
睡眠	良・不良 (補足：)							
補足								