

記入日:西暦 年 月 日

依頼者:		TEL:		留意点	1. 御本人のお人柄について教えてください							
本人氏名: 様		FAX:			2. 御本人の病識について							
住所:		現在の療養場所			3. その他、何かございましたらご自由に記載下さい							
主な疾患		医療機関・診療科・担当医										
1												
2												
3												
感染症 B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他 ()				主介護者	今後の通院 (有・無)		前医の在宅移行の承諾 (有・無)					
A D L		着替え			自立・要介助・不可		病名告知 (有・無)		看取り (在宅・病院・その他)			
		食事			摂取量: 良好・普通・不良 誤嚥リスク: なし・軽・中・高		予後告知 (有・無) (本人・家族/続柄:)					
		屋外歩行			自立・要介助・歩行補助具 (歩行器・杖)・不可		退院時カンファ (有・無)				緊急時の受入 (有・無)	
		屋内歩行			自立・要介助・歩行補助具 (歩行器・杖)・不可							
		排泄			自立・ポータブル・オムツ その他:							
		入浴			自立・要介助・シャワーのみ・清拭のみ							
		麻痺			なし・あり 部位: 程度: 軽・中・重							
		認知症			なし・あり 程度: 軽・中・重 意思疎通: 良好・困難・不可							
医療処置		点滴			CV・PICC・末梢 気切		なし・あり					
		経管		胃管・胃瘻・その他		インスリン		なし・あり				
		尿カテ		尿道・膀胱瘻 Fr		褥瘡		なし・あり 部位:				
		酸素		O2: L		ストーマ		なし・あり				
		吸引		回/日		その他						
サービス		ケアマネ事業所名:		訪問リハ事業所名:								
		ケアマネジャー: 様		訪問回数: 回/週								
		訪問看護事業所名:		デイ事業所名:								
		ヘルパー事業所名:		その他								
回/週 月・火・水・木・金・土・日		回/週 月・火・水・木・金・土・日										
回/週 月・火・水・木・金・土・日		その他										
保険		医療: 割・不明 医療証: 限度額区分		他の介護者	理解 (有・無) 介護力 (有・無) 体力 (有・無) 認知症 (有・無)							
		要介護: なし 要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5			仕事 (無・有) 時~ 時 不在: 月・火・水・木・金・土・日							