

利用者情報提供書（ショート・デイ）

No. 1

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			性 別	生 年 月 日		年 齢	
ご利用者氏 名			男 女	明 大 昭 年 月 日		歳	
現 住 所	〒		TEL	() —			
			FAX	() —			
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 申請中 (更新 ・ 区分変更 ・ 新規)			介護保険 負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
介護認定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			被保険者番号			
負担限度額認定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			認定区分 (第1段階・第2段階・第3段階・第4段階)			
緊急時 連絡先 (必ず記入 して下さい)	氏 名			続 柄			
	住 所			昼間Tel			
				夜間Tel			
	氏 名			続 柄			
	住 所			昼間Tel			
				夜間Tel			
家族構成			サービス 利用状況				
			生活状況				
医 療 ・ 看 護 ・ 健 康 状 況	診断名	#1		服薬状況			
		#2					
		#3					
		#4					
		#5					
		#6					
	現病歴 および 現 症						
	既往症						
	かかりつけ 医療機関	機関名					主治医
	Tel						
	認知症	無・有	認知症自立度 I ・ II ・ III ・ IV ・ V	意思疎通	普通・ほぼ通じる・通じ難い・判別不能		
	周辺行動	徘徊・弄便・物盗妄想・せん妄・異食・暴言・暴力・帰宅願望・睡眠障害 その他 ()					
	障 害	無 ・ 有 (運動機能 ・ 言語 ・ 視力 ・ 聴力 ・ その他) 内容 ()					
	褥 瘡	無 有 (部位 :)	麻 痺	無 有 (部位 :)			
	疼 痛	無 有 (部位 :)	浮 腫	無 有 (部位 :)			
	睡 眠	良眠 ・ 不眠 ・ 昼夜逆転 ・ その他 ()					
感染症	無 ・ 有 (MRSA ・ 結核 ・ HB ・ HCV ・ 梅毒) ・ 未確認						
特記事項 医療行為	無 有 (インスリン ・ バルーン ・ ストマー ・ 酸素 ・ 胃ろう ・ 吸引) その他 ()						

No. 2 ADL状況

項 目		状 況				特 記 事 項
基本動作等	歩 行	自立	杖等	歩行器	車椅子	
	介 助	自立	見守り	一部介助	全介助	
	転倒暦	無 有 ()				
	ベッド	エアマット	無 有 ()			
		体位交換	無 有 ()			
		その他				
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
入 浴	全 般	自立	見守り	一部介助	全介助	
	方 法	一般浴	座位式	寝台式	その他	
	場 所	自宅	訪問入浴	福祉施設	その他	
	回 数	回 / 日				
排 泄	全 般	自立	見守り	一部介助	全介助	
	方 法	トイレ	ポータブル	尿器	その他	
		布下着・リハパン・テープ式・パット				
	排 便	回 / 日		便秘 (無 有)		
	排 尿	回 / 日		頻尿 (無 有)		
食 事	全 般	自立	見守り	一部介助	全介助	アレルギー : 無 有 () 食事制限 : 無 有 ()
	動 作	箸	スプーン	フォーク	自助具	
	主 食	米飯	粥	ミキサー	その他	
	副 食	普通	刻み	ミキサー	その他	
	義 歯	無 有 (一部 ・ 全部)				
	嚥 下	普通	むせあり	注意必要	Dr指示	
◇具体的な介護内容について留意点・注意点・希望などがありましたら記入してください。						
◇一日の生活状況						
6:00 12:00 18:00 0:00						
ケアプラン作成事業所					担当 ケアマネージャー	
サービス提供事業所へ上記の情報を提供することに同意致します。						
利用者氏名 _____ 印 代理人氏名 _____ 印						

提供先	短期入所生活介護カノン調布	(1374202966)
	通所介護カノン調布	(1374202974)
	〒182-0036 東京都調布市飛田給1-35-14	担 当 者
	TEL 042-442-4181	ショート 伊藤・村上
	FAX 042-442-4180	デ イ 高月・笠原・是枝