

老人生活情報提供書〔居宅介護支援事業所用〕

(□はレ点でお願いします)

ふりがな				男女	生年月日	□明 □大 □昭	年 月 日
氏名					年齢		( 歳)
住所				電話( )			
介護保険 □ 新規申請中 □ 変更申請中 □ 要支援 ( 1・2 ) □ 要介護 ( 1・2・3・4・5 )							
身長; cm 体重; kg (測定日 月 日) 血圧; / mmHg							
身体障害者手帳; □ 無 □ 申請中 □ 有 等級 ( 級) 障害名 ( )							
移動	□ 独歩 □ 伝い歩き □ 杖 ( 1点・4点 )			主訴			
	□ シルバーカー □ 歩行器			性格			
食事	□ 車椅子 [ 自力駆動 可・不可 ]			認知症	□ 無 □ 有 ( □ 軽度 □ 中等度 □ 重度 )		
	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助			障害	□ 徘徊 □ 被害妄想 □ 暴言・暴行		
	・摂食嚥下障害 □ 有 □ 無				□ 昼夜逆転 □ 帰宅願望 □ 介護に抵抗		
	・形態 主食 ( ) 副食 ( )				□ その他 ( )		
・水分のとりみ □ 要 □ 不要			褥瘡	HDS-R ( )			
・摂取状況 主食 ( 割) 副食 ( 割)				麻痺 □ 無 □ 有 ( 部位; )			
・栄養補助食品 □ 無 □ 有 ( )				□ 正常 □ 有 ( 内容; )			
・禁止食品 □ 無 □ 有 ( )				( 聴覚 ) □ 正常 □ やや有 □ 有 ( 補聴器 □ 無 □ 有 )			
・アレルギー □ 無 □ 有 ( )			アレルギー	( 視覚 ) □ 正常 □ やや有 □ 有			
・その他 ( )				( 言語 ) □ 正常 □ やや有 □ 有			
□ 鼻腔 □ 胃瘻 □ 腸瘻			使用器具	□ 無 □ 有			
・経管栄養 ( 内容 )				部位及び大きさ ( )			
・摂取量 朝 ml 昼 ml 夜 ml			リハビリ	治療内容 ( )			
・白湯 朝 ml 昼 ml 夜 ml				アレルギー □ 薬物 ( )			
・付加食塩 ( g/日)			□ その他 ( )				
総エネルギー ( kcal)			□ 吸引器 □ その他 ( )				
総たんぱく質 ( g 塩分 ( g)			□ 未実施 □ 実施 ※別紙添付可				
排泄	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			担当; PT OT ST			
	□ 布パンツ □ リハパン □ オムツ						
更衣	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			内容;			
入浴	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助						
・方法 □ 一般浴 □ 機械浴 □ 清拭			補装具; ( □ 無 □ 有 )				
看護・介護上の問題点						リハビリゴール;	
特記事項			主介護者 氏名; 続柄				
			連絡先; 自宅電話 ( - - )				
			携帯電話 ( - - )				
			勤務先電話 ( - - )				

以上のとおり報告致します。

令和 年 月 日

宮崎江南病院附属介護老人保健施設

事業所名

看護師長 行

介護支援専門員

印