

在宅医療連絡票(ケアサマリー)

平成 年 月 日

機関名:

→ 名張市立病院

FAX禁止

記載者:

フリガナ			生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	年	月	日
氏名	(男・女)	年齢	歳			
住所	〒		電話			
緊急連絡先	氏名				本人との続柄	
	住所				電話	
緊急連絡先	氏名				本人との続柄	
	住所				電話	
主治医(かかりつけ医)		医療機関名			電話	
※市外の方は住所				FAX		
かかりつけ歯科	(電話)		薬局	(電話)		
他の医療機関	(電話)			(電話)		
居宅介護支援事業所	担当介護支援専門員				電話	
在宅で治療を受けていた疾病名	処方内容・主治医からの注意事項等(処方内容は、お薬手帳・服薬説明書等添付可)					
病歴						
家族構成図			介護の状況・問題点			
			生活歴			
主介護者			キーパーソン			

※記入しきれないときは、適宜A4用紙にご記入ください。

日常生活自立度	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
	認知状況	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M									
		判定日 年 月 日 判定者 (機関名)									
認知症問題行動	<input type="checkbox"/> 簡単な物忘れがある <input type="checkbox"/> 道に迷ったり場所の確認ができない <input type="checkbox"/> 1人で留守番ができない <input type="checkbox"/> よく大声を出す <input type="checkbox"/> 食事・排泄・入浴に時間がかかる <input type="checkbox"/> 親族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 失禁がある <input type="checkbox"/> 暴力をふるう <input type="checkbox"/> 夜中に異様な行動がある <input type="checkbox"/> 生年月日が言えない <input type="checkbox"/> 躁鬱状態がある										
	意思伝達		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 殆どできない <input type="checkbox"/> できない その他()								
要介護認定状況	申請中 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
障害状況	身障手帳	無・有	等級	種 級()				交付日	年 月		
	療育手帳	無・有	程度	A1	A2	B1	B2	交付日	年 月		
	精神障害者保健福祉手帳	無・有	等級	級				交付日	年 月		
	障害者福祉サービス受給者証の有無	無・有	自立支援医療受給者証の有無	無・有	障害程度区分 ()						
介護サービス等利用状況	※入院月のサービス利用回数を記入(ケアプランの添付により省略可)										
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護		月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与		有・無					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護		月	回	品目名							
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護		月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売		有・無					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション		月	回	品目名							
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導		月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修		有・無					
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護		月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		月	回				
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション		月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護		月	回				
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護		月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護		月	回				
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護		月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護		月	回				
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護		月	回	<input type="checkbox"/> 紙おむつ等給付事業		有・無					
インフォーマルな支援活用状況	支援提供者			活用している支援内容				特記事項			
特記事項											