

情報提供書

様式第2号

希望者名		記入者名		事業所名	Tel	記入日	年 月 日	
申し込み状況		初回 ・ 継続 ※ 初回の方はできるだけ詳しく記入いただき、継続の方は変更点のみの記入で構いません。						
介護状況	介護環境	入院中(病院名) 入所中(施設名) 独居 ・ 高齢者世帯 ・ 家族同居				家系図		
	介護者における特記							
主治医意見書による日常生活自立度			認知症における生活自立度 :		障害における生活自立度 :			
A D L	移 動	歩行・杖・歩行器・車イス・ストレッチャー				介助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	[主食] 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)・経管栄養 [副食] 普通・大刻み・刻み・極刻み・ミキサー [水分] 普通・薄いトロミ・濃いトロミ				介助	自立・一部介助・全介助	
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・差込便器・オムツ・その他()				介助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	一般浴・リフト浴・特殊浴				介助	自立・一部介助・全介助	
	送迎時の介助	不要 ・ 要 (車イス・ストレッチャー)						
	特記事項							
身体・精神状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重	kg		
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・うつ・他)				
	発 語	普通・やや不自由・不自由	問題行動	無・有	徘徊・不潔行為・昼夜逆転・異食行為 介護抵抗・その他()			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない						
	特記事項							
医療・健康状況	主治医	(病院名) 連絡先						
	現疾患							
	既往歴							
	特別な処置	経管栄養・カテーテル・ストーマ・酸素療法・インシュリン・透析・気管切開・その他()						
	感染症	無・有()	アレルギー	無・有()				
	皮膚刺激	普通・弱い	麻 痺	無・有()				
	便秘	無・有(服薬:無・有 薬名)	拘 縮	無・有()				
	睡眠	良・不良(服薬:無・有 薬名)	褥 瘡	無・有()				
	嚥 下	異常なし・多少困難・困難	湿 疹	無・有()				
	義 歯	無・有(上・下)	口腔清潔	無・有()				
その他	【上記以外の薬剤名(内・外用)】				【特記事項】			

～ 裏面もご記入ください ～

