

医療機関名：



事業所名：
 担当者名：
 (TEL) (FAX)

(記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日)

基本情報	フリガナ					性別	男 女	
	氏名	様				生年月日	年 月 日	
	住所					身長	cm	年 月 日
	キーパーソン	様 () (TEL)				体重	kg	年 月 日
	緊急時連絡先	様 () (TEL)				家族状況・ジェノグラム		
	要介護度	無	申請中	区変中	要支援 ()	要介護 ()		
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	認知機能	自立	I	II	III	IV	M	不明
入院前の状況	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)							
	既往歴	権利擁護に関する配慮の必要性 不要 必要						
	屋内歩行	自立	一部介助	全介助	〈特記事項〉			
	(移動手段)	杖	歩行器	車いす	その他			
	屋外歩行	自立	一部介助	全介助				
	(移動手段)	杖	歩行器	車いす	その他			
	移乗	自立	一部介助	全介助	その他			
	排泄	自立	一部介助	全介助	トイレ ポータブル おむつ カテーテル パウチ			
	入浴・場所	自立	一部介助	全介助	行っていない	自宅	通所	訪問入浴
	食事摂取	自立	一部介助	全介助	経管栄養	食事形態 ()		
		義歯使用	なし	あり (部分・総)	嚥下機能障害	なし	あり	
	薬	自立	一部介助	全介助 (内服)	一化包 (外用)	貼付	塗布	点眼
	処置	なし	点滴	吸引	酸素療法 (リットル/分)	インスリン	透析	褥瘡
	BPSD	なし	徘徊	介護への抵抗	焦燥・不穏	攻撃性	幻視・幻聴	昼夜逆転 大声を出す
	精神状態	意欲低下 鬱傾向 せん妄の既往 その他 ()						
	主治医	訪問	機関名			医師名	(TEL)	
	歯科	訪問	機関名			歯科医師名	(TEL)	
	薬局	訪問	機関名			薬剤師名	(TEL)	
訪問看護	事業所名			(TEL)				
リハ職	事業所名			リハ職氏名	PT	OT	ST (TEL)	
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 居宅サービス計画書(1~3)を添付							
入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	強く希望	出来れば希望	どちらでもない	不安			
	(家族)	強く希望	出来れば希望	どちらともいえない(本人次第)		不安		
退院後の在宅生活に必要な要件								
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) 家族の支援が見込める 家族以外の支援が見込める 支援は見込めない			(住環境/用具使用上の課題) 住環境の写真・見取り図を添付		(特記事項)		
退院前カンファレンス	開催希望 具体的な要望 ()							
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 年 月 日)							
	話し合いを実施していない (本人からの話し合いの希望がない それ以外)							
	ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか いる (様) (続柄) いない わからない							