

(FAX送信用)

## レスパイト入院患者情報提供書

居宅介護支援事業所名・担当ケアマネジャー名

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日
氏名			要介護度	要支援( ) 要介護( )

## 家族等の状況

役割	氏名	続柄	同居の有無	備考
キーパーソン			同居・別居	
主介護者			同居・別居	
その他			同居・別居	

## 居宅サービス利用状況

種別	頻度	事業所名等	サービス内容等
	回/週		
	回/週		
	回/週		
福祉用具貸与	品目:		

生活状況		特記事項
服薬状況	内服薬 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 管理与薬 )	
医療処置	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
食事	<input type="radio"/> 介助無 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助 嚥下状態( <input type="radio"/> 良 <input type="radio"/> 不良 ) 咀嚼状態( <input type="radio"/> 良 <input type="radio"/> 不良 ) 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 制限 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ) アレルギー <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( )	
口腔ケア	<input type="radio"/> 介助無 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助 義歯 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( )	
移動	<input type="radio"/> 介助無 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他( )	
清潔	<input type="radio"/> 介助無 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助 入浴制限 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 )	
排泄	<input type="radio"/> 介助無 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )	
夜間の状態	<input type="radio"/> 良眠 <input type="radio"/> 不眠 眠剤 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 状態( )	
認知精神面	精神状態(疾患) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 状態( )	
その他療養に留意する事項		

送付先:国保日高総合病院 地域医療連携室

TEL:0738-24-1786(直通) FAX:0738-24-2007(直通)