

病院担当者様 作成日 平成 年 月 日

基本情報	フリガナ		性別	生 年 月 日			年齢					
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	M・T・S	年	月	日 歳					
	住所	キヤンパーン			関係							
介護保険情報	介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・変更)	
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	デイサービス	<input type="checkbox"/>	デイケア	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	住宅改修
	<input type="checkbox"/>	ショートステイ	<input type="checkbox"/>	訪問入浴	<input type="checkbox"/>	その他 ( )						
医療体制	主治医	医療機関										
	<input type="checkbox"/>	通院 (頻度: )	<input type="checkbox"/>	訪問診療 (頻度: )								
	<input type="checkbox"/>	訪問看護 (頻度: )	事業者名 ( )									
処置	<input type="checkbox"/>	点滴	<input type="checkbox"/>	吸引	<input type="checkbox"/>	酸素療法	左記の詳細					
	<input type="checkbox"/>	インスリン	<input type="checkbox"/>	透析	<input type="checkbox"/>	床ずれ						
利用者の状況												
身体状況	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J (自立)	<input type="checkbox"/> A (外出要介助)									
		<input type="checkbox"/> B (座位可)	<input type="checkbox"/> C (寝たきり)									
認知状況	<input type="checkbox"/>	視力障害 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )	<input type="checkbox"/>	聴覚障害 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )								
	<input type="checkbox"/>	言語障害										
	意思伝達:	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない							
入院前の生活	認知機能:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 不明					
	周辺症状:	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行								
入院前の生活	屋内歩行:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	(移動手段)	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他						
	起居動作:	<input type="checkbox"/> 体位変換介助	<input type="checkbox"/> 起座介助	<input type="checkbox"/> 移乗介助								
	食 事:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養						
	形 態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> とろみ						
	排 泄:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	方 法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> パット							
		<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> ストマ							
	入 浴:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない						
	(入浴場所)	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 訪問入浴								
(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 全・半身浴	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> 清拭									
更 衣:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
整 容:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
内 服:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
そ の 他:												
居宅支援経過及び入院エピソード										家族の状況		
備考	(入院前の生活上の困りごとや退院後に考えられる生活上の支障についてなど)											

※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。

事業所名

担当者：

所在地

連絡先 電話：( )

FAX：( )