



ケアマネジャーからの地域連携情報シート

居宅介護支援事業所名：	担当者名：
-------------	-------

利用者基本情報

※今回の情報提供にあたっては、契約時の同意に基づいて提供しています

ふりがな	性別	生年月日	
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 大正 / <input type="checkbox"/> 昭和	
貴院入院日	<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)	
自宅住所	電話番号		
主介護者	続柄：	家族構成図 (☆キーパーソン)	
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			
キーパーソン	続柄：		
電話番号	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
住所 (別居のみ)			

在宅における状況

(確認日 年 月 日)

ADL	【移動】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
	【排泄】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット 備考：
	【入浴】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
	【食事】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
	【口腔清潔】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
IADL	【服薬管理】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
	【更衣着脱】 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 備考：
認知・精神症状	
かかりつけ医療機関	医療機関名： (科) 先生 →連絡先：
	医療機関名： (科) 先生 →連絡先：
障害等の認定	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病医療 (種 級 :)
介護保険情報	介護度： 日常生活自立度： 認知症日常生活自立度：
介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護・リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 他 ()
ケアマネから医療機関への連絡事項	