

【様式5】

【居宅介護サービス提供(新規・変更)依頼書】兼【入院時情報提供書】兼【災害時避難支援情報提供書】

【様式①】

患者・家族の同意に基づき利用者情報を送付しますので宜しくお願いします

| | | | | |
|----|--------|-------|------------|--------|
| 御中 | 記入日: | 年 月 日 | 提供方法 | ケアマネ確認 |
| | 入院日: | 年 月 日 | 手渡し・FAX・郵送 | |
| | 情報提供日: | 年 月 日 | | |

つぎのとおり、利用者の方から利用希望がありましたので、サービスの提供についてよろしくお願ひいたします。

| | | | | | | |
|--------------------|--------------------|---------------------------------------|-----------|-----------------------|------------------------|-------|
| 利用者 | ふりがな | | | 性別 | □男 ・ □女 | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | □明・□大・□昭 年 月 日 ()歳 | |
| | 住所 | 〒 川崎市 区 | | 電話 | () | |
| 連絡先 (カッコ内は連絡順位) | 主介護者 () | 〒 氏名 続柄() | | 家族構成図 (★はキーパーソン・介護状況) | | |
| | その他 連絡先等 () | 〒 氏名 続柄() | | | | |
| | その他 連絡先等 () | 〒 氏名 続柄() | | | | |
| | | | | 介護力:あり・弱い・なし | | |
| 保険情報 | 被保険者番号 | | | 保険者番号 | | |
| | 要介護認定 | 事業対象者 ・ 要支援(1 2) ・ 要介護(1 2 3 4 5) | | | | |
| | 申請日 | 年 月 日 (新規 区分変更) | | | | |
| | 認定日 | 年 月 日 | 有効期間 | 年 月 日 ~ | 年 月 日 | |
| 負担割合 | 割 (開始年月日) | | 年 月 日 | (終了年月日) | | 年 月 日 |
| その他 | 生活保護 | 有 無 | 身障手帳 | 無 有 (種 級) | 障害状況() | |
| | 減免 | 有 無 | (減免制度名:) | | | |

| サービス | 希望曜日 | 希望時間 | 利用目的・特記事項 |
|------|------|-------|--------------------------------------|
| 訪問介護 | | : ~ : | 身体 生活 |
| 訪問介護 | | : ~ : | 身体 生活 |
| 訪問入浴 | | : ~ : | |
| 訪問看護 | | : ~ : | 医療処置・リハビリ・保清・指導 その他() |
| 通所介護 | | : ~ : | 入浴 社会交流 外出の機会 日常動作訓練 認知症予防 リハビリ 医療処置 |
| 通所リハ | | : ~ : | |
| | | | |
| | | | |

| サービス | 種別 | 入所希望日 | 退所希望日 | 送迎希望 | 利用目的 |
|------|-------|-------|-------|------|------|
| 短期入所 | 生活・療養 | / ~ / | / ~ / | 迎・送 | |
| | 生活・療養 | / ~ / | / ~ / | 迎・送 | |

| | | | | | |
|-----------|---------------|--|---------|-------|--|
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | | | 事業所番号 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話 | | FAX | | |
| | 担当 ケアマネジャー | | メールアドレス | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------|---|----------------------------|------|-------|-------|------|-----|----|-----|-----|--|--|
| 利用者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 住環境 | | | | | | | | 生活歴 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者 の 状 況 | 医療情報 | 主疾患 | | | | | | | | 既往歴 | | | |
| | | 感染症 | 無・有() | | | | | | | | | | |
| | 医療機関 | 担当医師 | | | | | | | | 電話 | () | | |
| | | 担当医師 | | | | | | | | 電話 | () | | |
| | 特別な医療等 | 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスプレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定 床ずれの処置 カテーテル インシュリン自己注射 | | | | | | | | | | | |
| | 【特記事項】 | | | | | | | | | | | | |
| | 薬・処置 症状・経過等 | | | | | | | | | | | | |
| | 寝たきり度 | 自立 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 | | | |
| | 認知症自立度 | 自立 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | | | | |
| | A D L 状 況 | コミュニケーション能力 | 課題あり・課題なし (視力・聴力・伝達力など) | | | | | | | | | | |
| 移動方法 | | 自立・見守り・一部自立・全介助 | | | | | | | | | | | |
| | | 屋内 | 独歩 | 杖 | 歩行器 | 車椅子 | その他 | | | | | | |
| | | 屋外 | 独歩 | 杖 | 歩行器 | 車椅子 | その他 | | | | | | |
| 食事形態 | | 自立・見守り・一部自立・全介助 | | | | | | | | | | | |
| | | 主食 | 常食 | おにぎり | 粥食 | ミキサー食 | | | | | | | |
| | | 副食 | 常食 | 刻み食 | ミキサー食 | トロミ付き | | | | | | | |
| 入浴 | | 自立・見守り・一部自立・全介助・未実施 | | | | | | | | | | | |
| 排泄方法 | | 自立・見守り・一部自立・全介助 | | | | | | | | | | | |
| | | 日中 | トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等 | | | | | | | | | | |
| 夜間 | トイレ・PTイレ・オムツ・尿器・カテーテル等 | | | | | | | | | | | | |
| 更衣 | 自立・見守り・一部自立・全介助 | | | | | | | | | | | | |
| 認知症の状態・状況 日常生活への影響 | 課題(あり・なし) | | | | | | | | | | | | |
| その他 経済的側面 現在利用サービス等 | | | | | | | | | | | | | |
| ケアマネとしての意見 | 状況報告 | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------|--|-------------------|--|
| 居宅介護 支援事業所 | | 担 当 ケアマネジャー | |
|---------------|--|-------------------|--|