

※この提供書は、医療と介護の各関係者が利用者の情報を共有することにより、多職種による包括ケアを円滑に実施できることを目的に作成しております。

医療・介護連携情報提供書

令和 年 月 日作成

入院 新規サービス利用 その他()

情報提供先	様
-------	---

担当ケアマネジャー	
事業所名	
担当者名	
TEL	

1. 利用者本人の生活状況等

カナ 本人氏名	様	性別	生年月日	年 月 日 () 歳
住所		住環境	電話番号	
被保険者番号	介護度	認定日	年 月 日	
有効期限	年 月 日 ~	年 月 日まで		
負担割合	割	障害手帳	級	年金など種類 ()
自宅での生活状況/経過	サービスの利用状況			
家族の介護力 家族が要介護者 ()				
介護状況	<家族配置図>			
カナ 連絡先氏名	様	続柄		
住所	◎=本人、○=女性、□=男性 ☆=キーパーソン、(同居家族は○で囲む)			
電話番号	携帯電話			

2. 医療の状況(かかりつけ欄には、病院名・主治医名・電話番号・ファックス・メールアドレス・対応可能時間等を記載)

病歴	かかりつけ 医院
かかりつけ 歯科医院	かかりつけ 薬局

3. 身体の状況

※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項目	内 容
視 力	日常生活に ()
聴 力	日常生活に ()
移 動	()
	移動支援用具 ()

氏名

3. 身体 の 状況 の つづき

※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

座位保持				()						
立位保持				()						
食 事				()						
	主食			()	副食			()
胃 ろ う			アレルギー			()					
排 泄				()						
入 浴				()						
意思疎通				()						
認 知				()	BPSD			()

4. 歯 と の 口 の 状況

※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項 目		内 容				
口腔機能	そしゃく					
	飲み込み				水分とろみ	
	発音					
口腔ケア	口腔清掃					
	うがい					
歯	義歯の有無					
	奥歯のかみ合わせ					

5. 服薬 の 状況

※該当箇所をドロップダウンリストで選択し、必要事項を記入してください。

項 目		内 容						
服薬管理			介助者 ()	
上記管理の下、処方箋どおりの服薬が				飲み込み	錠剤		散剤	
皮膚の状況			症状 ()	褥瘡	
塗り薬			介助者 ()	

6. 今後 について

本人及び家族の 今後の意向及び意見				
----------------------	--	--	--	--

7. 伝達・特記事項 (※1～5についての詳細事項はこちらに記載)

伝達事項 (他職種に伝える事項)					
「院内の多職種カンファレンス			具体的な要望 ()
退院前カンファレンス			具体的な要望 ()

これらの情報は利用者様、ご家族様の承諾を得て作成・情報提供をしております。
この提供書の情報は、個人情報になりますので取扱い・保管には十分ご注意ください。