

< 情 報 提 供 書 >

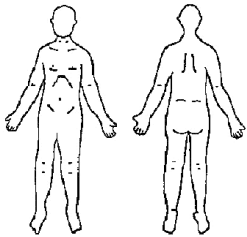
北新宿特別養護老人ホーム(短期入所)

記入日:平成

年 月 日

事業所:

記入者:

ふりがな 利用者氏名	被保険者番号		0000	性別: 男・女
	介護度		支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	
生年月日	明治・大正・昭和		年 月 日生	( 歳)
利用者住所	〒 -		電話:	
介護者住所	〒 -		電話:	
		氏名(ふりがな):		利用者との関係:
家 族 構 成	介護状況・問題点			
既 往 歴 ・ 病 状 経 過	医療行為:無・有 ( )		服薬 (有・無): 朝・昼・夕・就寝前	
			<服薬名>	
かかりつけ医	病院名	通院・往診 /月	医師名	tel
<介護サービス等の利用状況・頻度>			<身体状況>	
			褥瘡(有・無)・皮膚疾患(有・無)	
			麻痺(有・無)・拘縮(有・無)	
			疼痛(有・無)	
			特記事項	
				

<一般状態> ※該当する項目に○印を記入してください。2枚目の特記項目についてはなるべく詳細に記入願います。

排泄	自立・一部介助・全介助
	日中: オムツ・パット・リハビリパンツ・尿器・カテーテル・ストマ・その他( )
	夜間: オムツ・パット・リハビリパンツ・尿器・カテーテル・ストマ・その他( )
食事	摂取...自立・一部介助・全介助
	主食...米飯・粥・ペースト・その他( ) 副食...常食・一口大・刻み・極刻み・ペースト・その他
	食欲...有・無
居室環境	寝具...ベッド・布団 ポータブルトイレ...有・無 その他( )
入浴	自立・一部介助・全介助 方法: 機械浴・リフト浴・一般浴・その他( )
移動	自立・一部介助・全介助 手段: 車椅子(自力・介助)・杖歩行・独歩・その他( )
立位	可能(自力・一部介助・全介助)・不可
聴力	支障なし・大声で(右・左・両耳)・やや大声で(右・左・両耳)・その他( )
視力	支障なし・全盲・殆ど見えない・ぼんやり見える・その他( )
言語	不明瞭・聞き取りにくい・聞き取り困難・普通・その他( )
理解力(認知)	普通・年齢相応・その場限り・やや不鮮明・その他( )
介護時の配慮	被害的・幻視幻覚・感情が不安定・昼夜逆転・介護拒否・暴力・収集癖・異食・転倒・その他( )

< 詳 細 >

\* 必要に応じ記入ください \*

食事

排泄

入浴

生活状況

コミュニケーション

特記事項