

調 査 票

現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名 _____)・入所中(施設名 _____) ・継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日 ・申込日時の入所等の期間(年 月)									
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	自立・一部介助・全介助						
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)	介 助	自立・一部介助・全介助						
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー								
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	自立・一部介助・全介助						
	入 浴	介助浴・座浴・特浴	介 助	自立・一部介助・全介助						
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要 ・ 不要							
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない	身 長	_____ cm	体 重	_____ kg				
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他 _____)						
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有(_____)						
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他 _____)						
健康状況	現疾患			病 歴						
	主治医			TEL _____						
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他(_____)								
	感 染 症	無・有(_____)		アレルギー	無・有(_____)					
	皮膚刺激	普通・弱い		麻 痺	無・有(_____)					
	便 秘	無・有(服薬:無・有)		<small>こうしゆく</small> 拘 縮	無・有(_____)					
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)		<small>じょくそう</small> 褥 瘡	無・有(_____)					
<small>えんげ</small> 嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有(_____)						
入れ歯	無・有(上・下)		口腔保清	要・不要(_____)						
介護の状況	主たる介護者氏名			年 齢	才 _____	性 別	男・女	続 柄		
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他(_____)								
	介護期間	年 月 頃から			その他の介護者 無・有 _____ 名)					
	窓口相談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他(_____) 居宅介護支援事業所名 _____ ケアマネージャー名 _____)								
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅 _____ 階(エレベーター 有 ・ 無)								
	住宅改修	可・不可・改修済(_____)								
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 _____)								
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。										

診療情報提供書

医療機関名

令和 年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—				
氏名			男・女					
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		TEL.	()				
既往歴 ・ 病名								
経過・現症状 及び 加療内容								
投薬内容								
血液検査	実施日	年	月	日	身長	cm	体重	kg
白血球	総コレステロール		疥癬	+	—			
赤血球	尿素窒素		HBs抗原	+	—			
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体	+	—			
ヘマトクリット	尿酸		Wa氏	+	—			
血小板	K		血圧	/				
血清蛋白	Na		検尿	・蛋白				
アルブミン	空腹時血糖			・糖				
A S T	HbA1c			・ウロビリノーゲン				
A L T	C R P							
中性脂肪								
レントゲン結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は写真を添付してください					
心電図結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は心電図を添付してください					
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()							
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()							
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5							
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日	点		
介護上の注意事項：								