

介護と医療の多職種連携シート

提供年月日: 令和 年 月 日

医療機関名 事業所名	←	事業所名
FAX		TEL
		FAX
様	この用紙含め () 枚	担当者名

※ 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

ふりがな 利用者氏名	男	明・大・昭
	女	年 月 日 () 歳
住所		
TEL/FAX	携帯	
緊急連絡先 (氏名)	本人との 関係	連絡先
家族状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () 主介護者 ()	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ()	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下状況⇒ <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況⇒ <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 形状⇒ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
内服管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ()	
特記事項 その他	<input type="checkbox"/> 詳細は電話連絡します ※ 添付資料⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

◆受診状況

既往歴 治療中の 疾患等				
かかりつけ 医療機関名	主治医 氏名		連絡 先	
	主治医 氏名		連絡 先	

◆介護保険状況

要介護度	支 (1 2) <input type="checkbox"/> 申請中	認定有効 期間	年 月 日 ~ 年 月 日
サービス 利用状況	介 (1 2 3 4 5)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ()	

* 個人情報の漏洩防止のため、本票の取扱いには十分ご注意ください