

シートNo

地域包括ケア利用者(患者)情報共通シート(1/2)

2016.2.19作成

記入年月日	平成 年 月 日	記入者	所属	氏名					
利 用 者 の 病 歴	氏名	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女	
	住所	〒		☎ () -	携帯				
患 者 の 病 歴	緊急連絡先	① 氏名	☎	続柄	② 氏名	☎	続柄		
	既 病 ・ 現 病	年月日	病 名			家族構成ジェノグラム			
		①				キーパーソン・主連絡先を記入			
		②	-----						
		③	-----						
④	-----								
⑤	-----								
医療行為	酸素 吸引 吸入 インシュリン IVH 褥瘡治療 その他() コメント								
者 の 報 告	かかりつけ医	① 医療機関	医師名	② 医療機関	医師名				
	かかりつけ薬局	薬局名	薬剤師名	電話番号					
	処方薬								
自 助 的 情 報	ケアマネジャー	事業所名	氏名	☎	fax				
	介護度	未申請 非該当 支援1 支援2 介護1 介護2 介護3 介護4 介護5	有効期限	年 月 日まで					
情 報	利用しているサービス内容	(認知症予防など保険内外問わず記入)				問 題 点			
	認知症高齢者	認知症なし	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M						
	障害高齢者ランク	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2							
寝 度	コメント(特記あれば記入)								
報 告 内 容	① 食事	自立 部分介助 全介助 経管栄養	② 入浴	自立 介助	③ 排尿	自立 時々失敗 失禁・おむつ	カテーテル		
	④ 排便	自立 ときどき失敗 失禁・おむつ 人工肛門	⑤ 便器の使用	自立 部分介助 全介助	⑥ 洗顔	自立 介助必要			
	⑦ 起居・移乗	自立 部分介助 全介助だが座位はとれる 起居不能	⑧ 歩行	独歩可 一人の介助で可 車椅子自立 不可					
	⑨ 更衣	自立 介助必要だが半分以上はできる 全介助	⑩ 階段	自立 介助必用(監視・装置使用) 不可					
L	コメント(特記あれば記入)								

シートNo

地域包括ケア利用者(患者)情報共通シート(2/2)

2016.2.19作成

自 助 的 情 報	I	① 買い物	可	補助	不可	② 調理	可	補助	不可	③ 掃除	可	補助	不可	④ 公共交通機関利用	可	補助	不可
	A	コメント (バイク・セニアカー利用など)		⑤ 車の運転	可	不可	⑥ 電話使用	可	不可	⑦ 薬の管理	可	不可	⑧ お金管理	可	不可		
	D																
	L	趣味・生きがい											宗教				
情 報	生育・生活歴																
	住まいの状況	持家(築後約 年)	借家(築後約 年)	アパート(階)	段差あり	段差なし	外トイレ	中トイレ									
	成年後見利用	なし	後見人	保佐人	補助人	その氏名	電話番号	()	-								
	近隣の支援	あり	なし				民生委員の関わり	あり	なし								
互 助 的 情 環 境 情 況	コメント					コメント											
	生	食糧・日用品店舗への距離	自宅から約	km	金融機関への距離	自宅から約	km	バス停への距離	自宅から約	km							
	活	コメント(特記あれば記入)															
	経	主な収入	国民年金	厚生年金	その他()	収入月額	万円	住民税負担	課税	非課税							
共 助 公 助	済	コメント(特記あれば記入)															
	医療保険の情報	種別	後期高齢者	国保	社保	記号番号	保険者	負担割合	1割	2割	3割						
	介護保険の情報	番号				保険者			負担割合	1割	2割						
	生活保護	あり	なし	身体障害者手帳	あり	なし	療育手帳	あり	なし	精神保健福祉手帳	あり	なし					
助	難病医療等	病名等				コメント											
	虐待等の行政介入	(特記あれば記入)															
本人の意向																	
家族の意向																	
記入者の自由記入欄																	
