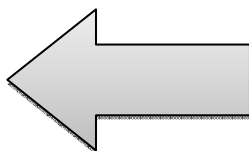


更新時・ケアマネ情報提供書様式 4

医療機関名 _____

主治医 _____ 先生

_____ 様
看護師・MSW・担当者



情報提供日
平成 年 月 日

記入者：居宅・在介・包括
事業所 _____
担当者 _____
連絡先 _____
FAX _____
メール _____

氏名	様	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日 (歳)
住所	さつま町 番地		電話番号	()	
主介護者	様 : 続柄 ()		連絡先 「携帯」	()	
	(同居・別居：住所)			()	
現在受診している医療機関	主病名・症状等		現在の要介護状態区分		
			要支援 _____ 要介護 _____		
			有効期限：平成 年 月 日迄		
			前回介護度 要支援 _____ 要介護 _____		

利用者及び家族の生活の意向・目標・在宅で大切にしていること

利用中のサービス (居宅サービス計画書添付<有 無>)			利用者の週間予定						
サービス種別	事業所名		月	火	水	木	金	土	日
①									
②									
③									
④									
⑤									
⑥									

日常生活動作及び認知機能	(今回) 平成 年 月 日	状態変化	(前回) 平成 年 月 日
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
更衣・整容	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
移動 (屋内)	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
移動 (屋外)	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
睡眠	良・不良・眠剤 (有・無)	改善・維持・悪化・不明	良・不良・眠剤 (有・無)
服薬管理	自立・見守り・一部介助・要介護	飲み忘れ (回/週・月)	自立・見守り・一部介助・要介護
認知機能	自立・見守り・一部介助・要介護	改善・維持・悪化・不明	自立・見守り・一部介助・要介護
日常生活に影響する症状等	・麻痺 (右・左)・言語障害・難聴・記憶障害・失行失認・判断力の低下・うつ BPSD・その他、気になる症状 ()		

1年間の変化・相談・困りごと・介護力など
