

くらしのシート

くらしのシート1

送付先

情報提供日

年

月

日

医 師

(送付元)記入者氏名

利用者情報				情報提供事業者			
ふりがな				名 称			
氏 名	(歳)	(男・女)					
生年月日	M・T・S	年	月	日	所在地	〒	
住 所	〒						
電話番号	()			電話番号	()		
障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有(等級など) <input type="checkbox"/> 無			FAX番号	()		
	障害名			担 当	ケアマネ 氏 名		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居						
緊 急 時 連 絡 先							
氏 名	①			②			
住 所	〒			〒			
電話番号	()			()			
続 柄							
主介護者	氏 名	続柄	・	歳	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	TEL
キーパーソン	氏 名	続柄	・	歳	TEL		
住 所							
医 療 情 報							
病名		〇〇病院(年月日～年月日まで通院または入院)・転院先など※発生順に記入					
#1							
かかりつけ医情報	医療機関名						TEL
かかりつけ医情報	医療機関名						TEL
かかりつけ歯科医情報	医療機関名						TEL
かかりつけ薬剤師情報	薬剤師名	(薬局名)			TEL		
他に受診している医療機関	医療機関名						TEL
訪問診療している医療機関	医療機関名						TEL
訪問看護に関する情報	機関名	(<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険)			TEL		

くらしのシート

くらしのシート3

生活情報				
項目			特記事項	
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴・清拭	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 (服薬) <input type="checkbox"/> 常用	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 服薬無し	
排泄排便*	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 膀胱瘻	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
皮膚状態	床ずれ(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> マット有
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい			
嚥下	<input type="checkbox"/> 飲み込みに時間かかる <input type="checkbox"/> 声の変化 <input type="checkbox"/> 呼吸の変化 <input type="checkbox"/> ムセ込み有			
義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総) <input type="checkbox"/> 無			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	
視力障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 眼鏡
難聴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 補聴器
言語障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
認知障害	<input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為			
本人/家族の意向について				
本人の趣味・興味・関心領域等				
本人の生活歴				
入院前の本人の生活に対する意向				
入院前の家族の生活に対する意向				
薬剤情報「お薬手帳(コピー)」を添付・追記事項				
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)		禁忌薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種: _____)			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理	(管理者: _____ 管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 残薬あり			
お薬に関する、特記事項				

