

介護情報提供書

年 月 日

宛 先	医療機関名	様	発信元	事業所名
	主治医			担当ケアマネジャー:
	TEL			住 所
	FAX			TEL
				FAX
下記の方の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。利用者様の報告を致します。				
ご利用者氏名		様	性別 (男・女)	生年月日: M・T・S 年 月 日 (歳)
住所:			生活形態: 独居・家族同居 主介護者(
現在の介護度	新規 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		認定期間: ~	
区分変更申請・ 新規申請におけ る理由	<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 新たに介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> その他(
[報告内容] *ご本人様の生活機能と支援の状況について				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	状況		
短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	状況		
意思決定 伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 全面的に支援を要する			
<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他				
(具体的な状況)				
<input type="checkbox"/> 本人、家族の意向・希望(今後どうしたいか、どのように過ごしたいかなどを含めて記入)				
■現在の介護保険サービス利用状況は 別紙「週間サービス計画表」をご参照ください				
ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡頂きますようお願い致します。 尚、個人情報の取扱いについては、事業所契約時に、個人情報利用に関する同意を得ております。				