

# ご利用相談シート

送付日 平成 年 月

情報提供者 ご所属・担当者名	連絡先電話番号: .....
	FAX番号

ふりがな 利用者氏名 : ( 男 ・ 女 )
生年月日 : ( 明 ・ 大 ・ 昭 ) 年 月 日 ( 歳 )
入院期間 : 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日
・手術 : 有 (手術名 ) ・ 無

要介護度	未申請 ・ 区分変更中 ・ 新規申請中 ・ 非該当 【介護保険番号: 】 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定年月日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
------	---

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無 ・ 有 ( 内服 : 介助されていない ・ 一部介助 ・ 全介助 )	(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、 薬剤の剤形、投与経路等)等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他( )	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助 嚥下状況( 良 ・ 不良 ) 咀嚼( 良 ・ 不良 ) ( ペースト ・ 刻み ・ ソフト食 ・ 普通 / 経管栄養 ) ・制限 無 ・ 有 (塩分 ・ 水分 ・ その他( ))	(制限の内容等)
口腔ケア	介助されていない ・ 一部介助 ・ 全介助	
移動	介助されていない ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助 ( 見守り ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車イス ・ ストレッチャー )	(独自の方法・転倒危険・住宅改修 の必要性等)
洗身	介助されていない ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可 ・ 行っていない ・入浴の制限 無 ・ 有 ( シャワー ・ 清拭 ・ その他 )	
排泄	介助されていない ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助 オムツ ・ リハビリパンツ ( 常時 ・ 夜間のみ)	(留置カテーテル等)
夜間の状況	良眠 ・ 不眠 (状態: )	
認知・精神面	・認知高齢者の日常生活自立度 ( ) ・精神状態 (疾患) 無 ・ 有 ( )	(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無 ・ 有 (頻度: ) ・運動制限 無 ・ 有	(リハビリ・運動制限の内容、導入予 定のサービス等)
相談内容 (処遇困難: 有・無・疑)		