

利用者(退院・退所時) 情報収集用紙

※介護支援専門員が記入

| | | | |
|------------|---------------------|---------|----------------|
| 情報収集日 | 平成 年 月 日 () | 手段 | カンファレンス・訪問聞き取り |
| 情報提供医療・施設名 | 主治医： (科) | | |
| 情報提供者 | 職種・氏名 | | 職種・氏名 |
| | 職種・氏名 | | 職種・氏名 |
| (ふりがな) | () | 生 年 月 日 | |
| 利用者氏名 | 男・女 | (M・T・S) | 年 月 日 (歳) |
| 入院・入所期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | |

| 入院・入所中の状況 | |
|------------------------|---|
| 疾病状態 | 主病名： |
| | 主症状： |
| 認知症状 | 無・有 () |
| 精神症状 | 無・有 () |
| 服薬状況 | 自立・見守り・一部介助・全介助 特記事項 |
| 食 事 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 口腔ケア | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 移動(歩行) | (手段) 独歩・シルバーカー・歩行器・車椅子・その他() |
| | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 入 浴 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 排 泄 | 自立・見守り・一部介助・全介助 |
| 夜間の状況 | |
| 退院・退所後の医療機関との連携(医療的ケア) | |
| 退院・退所にあたっての課題 | |
| 在宅生活における留意点 | |
| 退院・退所後に必要と思われるサービス | |

*見守り(介護者の指示を含む)

事業所名・電話番号

担当ケアマネージャー