

# 医療と介護の情報提供書(在宅情報)

記入(届)日 平成 年 月 日  
入院日 平成 年 月 日 ~

様

氏名		様	生年月日	年	月	日	歳
住所	北上市		電話番号				
担当ケアマネ 事業所	名称	介護体制構成図					
	担当者						
	住所	緊急連絡先 (氏名・続柄・連絡先) 同意を得ているものに限る					
	TEL/Fax						
認定情報			主・・・主介護者 ☆・・・キーパーソン/決定権				
障がい者手帳	種	級	○ □				
介護サービス (福祉用具含) 利用状況							
住宅状況 段差・住改 リハ連携							
介護力を含めた 家族状況 本人家族の意向	介護力 家族状況	本人 家族					
経済状況							
かかりつけ 情報 (医科歯科)			病歴				
移動・動作 麻痺・痛み 補助具			服薬				
			睡眠				
食事	嚥下	義歯・衛生					
	形態	視聴覚					
	制限						
排泄			認知症 精神状態				
入浴 皮膚							
特記事項							