

サービス情報提供依頼書

特別養護老人ホーム つきみの園（短期入所生活介護）宛

被保険者情報

利用者	被保険者番号		認定区分	要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5 ・ 申請中
	生年月日	年 月 日 (歳)	認定有効期限	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
	フリガナ 氏名	男女	住所	
	連絡先／続柄	／	電話番号	
	電話番号	備考：		
居宅介護支援	事業者名 (担当者)		連絡先	

ADL等

A D L	視力	普通 見え難い 見えない 不明 →眼鏡・その他：	I A D L	掃除	自立 一部介助 全介助
	聴力	普通 聞こえ難い 大声なら 聞こえず →補聴器・その他：		買物	自立 一部介助 全介助
	意思伝達	可能 時々 ほとんど不可 全く不可		調理	自立 一部介助 全介助
	指示	通じる 時々通じる 通じない	身 体 状 況	麻痺	無 左(上肢・下肢) 右(上肢・下肢) その他：
	移動／内	自立 一部介助 全介助 不可 →いざり・伝い・杖・歩行者・車イス		褥瘡	無 有(ヶ所) 処置： 有 ・ 無 部位()
	移動／外	自立 一部介助 全介助 不可 →杖・歩行者・シルバーカー・車イス		体格	普通 小柄 大柄 →特徴： 身長： cm 体重： kg
	食事	自立 見守り 一部介助 全介助	医 療 関 連	主治医	医療機関名： 主治医氏名：
	形態	常食 かゆ / 常菜 特ミ 極特ミ べスト その他()		既往	
	アレルギー	無 有()		現病	
	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		服薬管理	自立 見守り 一部介助 全介助 →朝・昼・夕(食前/後)・就寝前・その他 ※薬剤情報あれば添付して下さい。
排泄	日中：自立 見守り 一部介助 全介助 夜間：自立 見守り 一部介助 全介助 使用備品→RH パンツ・パッド・オムツ・便尿器・Pトイレ・トイレ・バルーンカーテル	特別な医療処置		<ul style="list-style-type: none"> ・中心栄養静脈 ・人工肛門処置 ・気管切開処置 ・モニター測定 ・点滴管理 ・酸素療法 ・疼痛看護 ・褥創処置 ・透析 ・人工呼吸器 ・経管栄養 ・カテーテル 	
認知症	周辺症状 記憶障害 妄想 作話 幻覚・幻聴 徘徊 昼夜逆転 破壊行為 暴言・暴行 抵抗 不潔行為 収集 異食 性的問題行動 その他具体的行動特記：	そ の 他	サービス利用状況	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 週 回 ・訪問入浴 週 回 ・訪問看護 週 回 ・通所介護 週 回 ・通所リハ 週 回 ・往診 週 回 ・ショート 月 日 ・福祉用具貸与 ・福祉用具購入 ・住宅改修 ・配食 週 回 ・その他 	

居宅サービス計画書等

長期目標	短期目標	利用時の希望
生活歴・家族関係等の概略		

