

情報提供書

記入日 平成 年 月 日

事業所名 医療法人きらら会 住宅型有料老人ホーム きらら1番地 宛	担当ケアマネジャー									
	事業所名									
	住所	〒 -								
	大阪市		区							
	TEL ()		FAX ()							
介護支援専門員										
ご利用者	ふりがな				性別		生年月日	明治・大正・昭和	生	
	氏名						年	月	日	
	被保険者番号						要介護状態区分			
	住所	〒 -			認定有効期限		平成	年	月	日
	TEL ()					平成	年	月	日	まで
家族状況	氏名		続柄	同居別居	緊急連絡先			介護者主・副		
	①									
	②									
	③									
	④									
主治医	氏名				医療機関名					
	所在地	〒 -			TEL					
現在治療中の疾患	感染症の有無 1 無 ・ 2 有 (感染症名)									
手帳情報	・生活保護 ・身障者 ・療育 ・精神 ・被爆者 ・訪問介護利用者減額(%) ・社会福祉法人減免(%)									
特記事項、その他サービスに関して伝えておきたい事 (例:希望曜日、サービス内容など)										
利用者氏名 様 平成 年 月 日										

◎身体及び日常生活動作の状況

		特記事項 ・ 注意事項
視 力	1 普通、2 視力確認表(1m先)が見える 3 視力確認表(目の前)が見える 4 ほとんど見えない、5 判断不能	
聴 力	1 普通、2 やっと聞こえる、聞き違いがある 3 大きな声なら聞き取れる 4 ほとんど聞こえない、5 判断不能	
意思の伝達(言語など)	1 他者に意思を伝達できる 2 時々できる、3 ほとんどできない 4 できない	
移 動	1 自力で可(独歩・杖・歩行器) 2 介助歩行、3 車椅子(自力・介助) 4 できない	
起立動作	1 自立、2 何とか自立、3 要介助 4 できない	
座 位	1 自力で可(長時間・短時間) 2 支えれば可、3 要介助 4 できない	
食 事	1 自立、2 何とか自立、3 一部介助 4 かなり介助、5 全面介助	
排 泄	昼 1 自立、2 一部介助、3 全面介助 (方法)トイレ・ポータブル・尿、便器・オムツ・その他	
	夜 1 自立、2 一部介助、3 全面介助 (方法)トイレ・ポータブル・尿、便器・オムツ・その他	
認知症	1 なし 2 あり()	
特記事項 (生活歴)		

◎サービス内容

訪問介護	身体介護	排泄介助・食事介助・専門的配慮の必要な調理・清拭・部分浴・洗髪・全身浴・洗面等身体整容・更衣介助・体位変換・移動介助・通院外出介助・起床就寝介助・服薬介助・自立支援のための見守り介助 ほか()
	生活援助	掃除・洗濯・ベッドメイク・衣類の整理、被服の補修・調理、配下膳・買物・薬の受け取り ほか()
	通院乗降介助	
通所介護	送迎(往・復)、入浴、機能訓練、ほか	
通所リハ	送迎(往・復)、入浴、個別リハビリ、ほか	
	直近の退院日	
福祉用具貸与	特殊寝台・特殊寝台付属品()・車椅子 車椅子付属品() その他()	