

## 主治医への報告書（身体症状変化用）

医療機関名 〇〇クリニック  
 主治医 〇〇 〇〇先生  
 F A X 〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名 <u>〇〇居宅事業所</u>	
住所 <u>明石市〇〇町1122-33</u>	
TEL <u>〇〇〇-〇〇〇</u>	FAX <u>〇〇〇</u>
介護支援専門員名 <u>介護 花子</u>	

いつもお世話になりありがとうございます。

このたび先生がご診察をされております 〇〇〇〇様（生年月日 年 月 日）  
 のことで下記のようにご報告させていただきます

報告理由 (状態変化・更新申請・変更申請・その他)

記入年月日 25年 10月 16日

調 査 年 月 日		平成 <u>25</u> 年 <u>10</u> 月 <u>12</u> 日		
	特に変化のあったこと		特記すべき事項	
生 活 状 況	<input type="checkbox"/>	麻痺・拘縮		
	<input type="checkbox"/>	言語・嚥下		
	<input checked="" type="checkbox"/>	痛み・腫れ	腰の痛みが強くなった	痛みどめの薬の管理ができていない
	<input type="checkbox"/>	視力・聴力		
	<input type="checkbox"/>	歩行・座位		
	<input checked="" type="checkbox"/>	精神・認知	物忘れがひどくなった 夜間の妄想？がある	1週間前から夜中に「虫が這う！」 といて眠らない
	<input checked="" type="checkbox"/>	内服状況	内服できていない	2週間前の薬が残っている
	<input checked="" type="checkbox"/>	食事状況	食事が不規則	食べたことも忘れてる
	<input type="checkbox"/>	トイレ	尿失禁が多くなった	
	<input type="checkbox"/>	入浴		
	<input checked="" type="checkbox"/>	家事	たびたび鍋を焦がす	月3～4回鍋を焦がし調理を止められた
<input type="checkbox"/>	その他			
家族 状況	<input checked="" type="checkbox"/>	夫の疲れが目立つ 家族の緊急連絡先 <u>〇〇〇-〇〇〇〇</u> 氏名 <u>△△恵子</u> 続柄 <u>長女</u>		
その 他	<input checked="" type="checkbox"/>	仲の良かった友人が亡くなったためか活気が急になくなり、好きだった庭 いじりも散歩もしなくなった。		
ケアマネ ジャーか らの伝言		最近認知症状が強くなり、内服の管理、食事等が不規則になり、動くこと も少なくなりました。定期受診もできなくなったため持病の糖尿病が心配 です。		
医師から の返信				
平成 年 月 日 医師名				

\*最近、特に変化のあったところに○印を入れてください。

明石市医師会・明石市医師会地域包括支援センター(※)・明石市社会福祉協議会地域包括支援センター推奨

※平成29年4月1日より、明石市社会福祉協議会地域包括支援センター西部事業所に変更