**介護情報提供書（ケアマネジャーから医療機関へ**）

事業所名

住所

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

介護支援専門員名

**医療機関名**

**主治医**　　　　　　　　先生

**ＦＡＸ**　　　　―

平素からお世話になりありがとうございます。

このたび○○○○**様**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（入院・入所・転院・その他）**　記入年月日　　　年　　月　　日

**基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | ＭＴＳＨ　　年　　月　日 |
| 電話番号 | （　　　）　　－ |
| 住所 |  | 家族構成 |  |
| 緊急連絡先  氏名（続柄） | （　　　） | 住所 |  |
| 電話番号 | （　　　）　　　－ |

**介護保険・障害等級・年金等情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度 |  | | | | 被保険者番号 | | |  | | | |
| 認定期間 | 平成　　　年　　月　　日　　～　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| サービスの利用状況 | 訪問介護 |  | 通所介護 | |  | 通所リハ | | |  | 訪問看護 |  |
| 福祉用具 |  | ショート | |  | 訪問入浴 | | |  |  |  |
| 障害手帳 | 有・無 | 級 | | 年金・その他 | | | 厚生年金・国民年金・その他 | | | | |

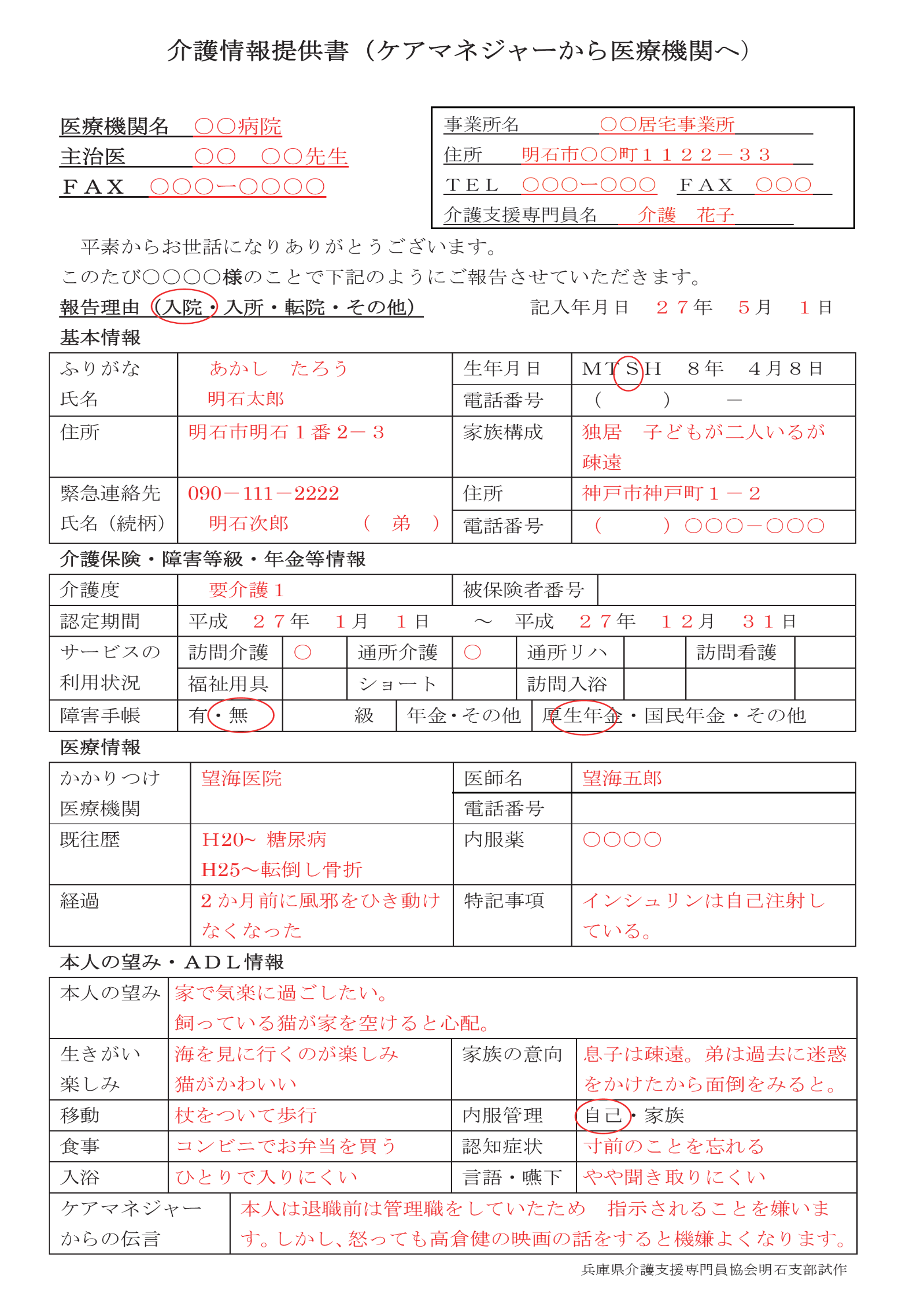
**医療情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関 |  | 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| 既往歴 |  | 内服薬 |  |
| 経過 |  | 特記事項 |  |

**本人の望み・ＡＤＬ情報**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の望み |  | | | |
| 生きがい楽しみ |  | | 家族の意向 |  |
| 移動 |  | | 内服管理 | 自己・家族 |
| 食事 |  | | 認知症状 |  |
| 入浴 |  | | 言語・嚥下 |  |
| ケアマネジャーからの伝言 | |  | | |

兵庫県介護支援専門員協会明石支部試作



**主治医への報告書（身体症状変化用）**

事業所名

住所

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

介護支援専門員名

**医療機関名**

**主治医**

**ＦＡＸ**

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　**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

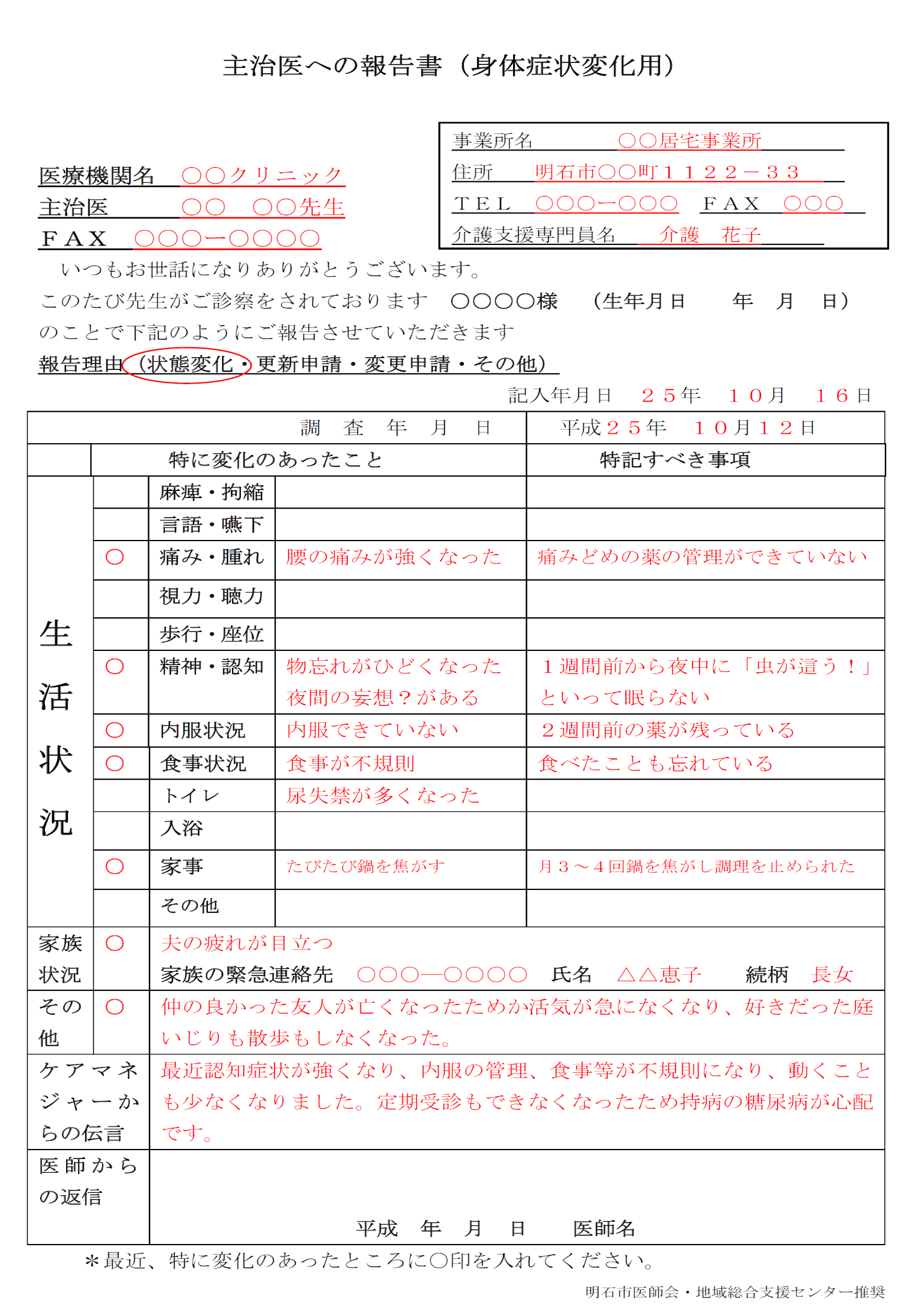
**報告理由（状態変化・更新申請・変更申請・その他）**

記入年月日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調　査　年　月　日 | | | | | | 年　　月　　日 |
|  | **特に変化のあったこと** | | | | | **特記すべき事項** | |
| **生活状況** | |  | **麻痺・拘縮** | |  |  |
|  | **言語・嚥下** | |  |  |
|  | **痛み・腫れ** | |  |  |
|  | **視力・聴力** | |  |  |
|  | **歩行・座位** | |  |  |
|  | **精神・認知** | |  |  |
|  | **内服状況** | |  |  |
|  | | **食事状況** |  |  |
|  | | **トイレ** |  |  |
|  | | **入浴** |  |  |
|  | | **家事** |  |  |
|  | | **その他** |  |  |
| **家族状況** | |  | | **家族の緊急連絡先**　　　　　　　　　　**氏名**　　　　　　**続柄** | | |
| **その他** | |  | |  | | |
| **ケアマネジャーからの伝言** | | | |  | | |
| **医師からの返信** | | | | **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・地域総合支援センター　推奨

**主治医への報告書（認知症状変化用**）

事業所名

住所

ＴＥＬ　　　　　　　　ＦＡＸ

介護支援専門員名

**医療機関名**

**主治医**

**ＦＡＸ**

平素から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られます　　　　　　**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　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調　査　年　月　日 | | | | 年　　　月　　　日 |
|  | **特に変化のあったこと** | | | **特記すべき事項** | |
| **認知症状** | |  | 些細なことで怒り出す |  |
|  | 落ち着きがない、機嫌が悪い |  |
|  | 徘徊や目的のない行動が増えた |  |
|  | 昼夜、家の中を歩き回る |  |
|  | 道に迷うことがある |  |
|  | 会話がうまくできなくなった |  |
|  | 着替えがスムーズにできない |  |
|  | 呼びかけにたいし反応しない |  |
|  | 物忘れがひどい |  |
|  | 「誰かに物を盗られた」などという妄想がある |  |
|  | 気持ちが沈む、周囲に関心を示さない |  |
|  | 些細なことを心配したり落ち込む |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家族状況** | |  | **家族の緊急連絡先**　　　　　　　　　**氏名**　　　　**続柄** | |
| **その他** | |  |  | |
| **ケアマネジャーからの伝言** | | |  | |
| **医師からの返信** | | | **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・地域総合支援センター　推奨

