|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．利用者（患者）基本情報松山市様式 | 【】　 | 　　　　年　　　月　　　日生　　②連携シート　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日【　　　　歳】　　男　・　女　　 |
| 【住居】□持ち家　□賃貸 |
| 【形態】□戸建　　□集合住宅　　　階　（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| 【介護保険】□申請中　□事業対象者　□支１　□支２　□介１　□介２　□介３　□介４　□介５（期間　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　） |
| 【認知症高齢者日常生活自立度】 □自立　□I　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M | 【障害手帳】□なし　□あり（　　　　　　、　　　級） |
| 【障害高齢者日常生活自立度】 □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 | 【指定難病医療受給証】□なし　□あり |
| 【収入・年金等】□国民年金　□厚生年金　□障害年金　□生活保護　（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２．家族情報 | □独居　　□同居　　同居者：　　　　　　　　　　　　　　　主たる介護者：　　　　　　　　　　　　　キーパーソン： |
| 【家族】 | 家族状況に関する特記事項：　 |
| 連絡先①（氏名、続柄、住所、℡）連絡先②（氏名、続柄、住所、℡） |
| 【介護力】　□日中独居　　□高齢世帯　　□家族が要介護状態/認知症　　□サポートできる家族や支援者がいない |
| ３．現在の生活 |  |
| 【本人の生活状況・性格・趣味・関心等】 |
| 【生活に関する意向】 | 本人：家族： |
| ４．身体・生活機能の状況 | 【起き上り】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | 【立ち上り】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| ADL | 【移動】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | 【移動手段】□杖　□歩行器　□車いす　□その他（　　　 　　　　　　　　　） |
| 【排泄】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | □ポータブルトイレ　□おむつ　□夜間のみ　□その他（　　　 　　　　　　　　　） |
| 【入浴】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | □入浴補助具有り　□デイサービス等にて入浴　□その他（　　　 　　　　　　　　） |
| 【食事】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | □普通食　□きざみ食　□ミキサー食　□食事制限あり　□水分制限あり |
| 【整容】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | 【更衣】□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| 【視力】□問題なし　□やや困難　□困難（　　　　　　　　　　　　　　） | 【聴力】□問題なし　□やや困難　□困難（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【意思疎通】□問題なし　□やや困難　□困難（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【睡眠】□良　□不良 | 【眠剤の使用】□なし 　□あり | 【睡眠時間】　　　　　時間 | 【身長・体重】　　　　　　　ｃｍ　　　　　　ｋg |
| 【飲酒】□なし　□あり（1回：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　程度を、週　　　日） | 【喫煙】□なし　□あり(1日　 　本) 　  |
| 【精神面における療養上の問題】 | □なし　□幻視・幻聴　□興奮　□焦燥・不穏　□妄想　□暴力・攻撃的　□介護への抵抗　□不眠　□昼夜逆転□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※頻度や程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【生活上の問題点や身体状況の変化等】 |  |
| ５．疾患・医療について | 【かかりつけ医】□なし　□あり（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□治療済　□治療中（医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【疾患歴】 疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□治療済　□治療中（医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□治療済　□治療中（医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【最近半年間での入院】□なし　□あり（医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□不明 | 【入院頻度】□低い　□高い/繰り返している |
| 【医療処置】□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６．口腔について | 【かかりつけ歯科医】□なし　□あり（歯科医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　歯科医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【嚥下機能】□むせない　□時々むせる　□常にむせる | 【口腔清潔】□良　□不良　□著しく不良 | 【口臭】□なし　□あり |
| 【義歯】□なし　□あり　□義歯が合っていない | 【その他症状】□歯が痛い　□歯が動く　□歯茎が腫れている　□歯茎からの出血 |
| 【口腔に関する特記事項】 |
| ７．服薬について　※必要に応じてお薬手帳（コピー）を添付 | 【かかりつけ薬局】□なし　□あり（薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【服薬】□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | 【処方薬以外の服用】□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【薬剤管理】□自己管理　□他者が管理（　　　　　　　　 　） | 【服薬状況】□処方どおり服用　□時々飲忘れ　□処方が守られていない |
| 【服薬に関する特記事項】 |
| ８．介護サービス利用状況等 | □訪問介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□訪問看護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【利用中のサービス】※事業所名、頻度、曜日など | □訪問リハ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□訪問入浴（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□居宅療養管理指導（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□通所介護（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□通所リハ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□短期入所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□福祉用具（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□住宅改修　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【介護サービス利用に関する特記事項】 |  |
| ９．備　考 |  |