

情報提供書

(黒部市介護老人保健施設カリエール)

氏名	(ふりがな)	男・女	明・大・昭	年	月	日生(	歳)
----	--------	-----	-------	---	---	-----	----

1 傷病に関すること

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)
2.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	

2 心身の状態に関すること

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD)(該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有	〔症状名: 専門医受診の有無 ☐ 有() ☐ 無〕
(5) 身体の状態	
利き腕 (☐ 右 ☐ 左)	身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)
☐ 四肢欠損	(部位:)
☐ 麻痺	☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 筋力の低下	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 関節の拘縮	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 関節の痛み	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ 失調・不随意運動	・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左
☐ 褥瘡	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
☐ その他の皮膚疾患	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

3 介護に関すること

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染症 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () →対処方針 ()	
(2) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい。)	
・MRSA ☐ 無 ☐ 有 ・その他の感染症 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明	
(3) 食事制限 ☐ 要 ☐ 糖尿病食 kcal ☐ 腎臓病食 ☐ 膵臓病食 ☐ その他() ☐ 不要	

4 特記すべき事項

--	--

保 健 所 医療機関名称	記入年月日	令和 年 月 日
	医 師 名	印