西東京市

西東京市ケアマネジャーからの地域連携情報シート

記載日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名		TEL	
担当者名		FAX	

利用者基本情報

氏名		性別	生年月日
		□ 男	□ 大正 / □ 昭和
入院日	年　月　日	□ 女	年　月　日（　歳）

キーパーソン

氏名		続柄		□ 同居 / □ 別居
住所		電話番号		

家族情報（同居者囲む/主介護者記載）

	介護者の状況 （　）

家屋情報

□戸建て　□集合住宅　□EV無
（　）
□課題あり　□課題なし
（　）

かかりつけ医療機関

医療機関名		診療科：	医師名：
連絡先		主疾患：	

介護/公費/障害　認定情報

介護保険	□介護　□支援（　）　負担割合：	□ 生保	日常生活自立度：　認知症日常生活自立度：
障害等	□身体（　級）　□精神（　級）　□ 知的（　度）　□難病医療		

在宅における状況

ADL	移　動：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	移　乗：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	排　泄：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助 □パット　□リハビリパンツ　□オムツ	備考：
	入　浴：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	更衣着脱：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	食　事：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	口腔清潔：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
認知・精神症状	認 知 症：□あり　□なし　意思疎通：□可　□不可 症状及び問題行動：	備考：
	服薬管理：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
	金銭管理：□介助なし　□見守り　□一部介助　□全介助	備考：
経済状況	□課題なし □課題あり（内容：　）	

ケアマネジャーから医療機関への連絡事項（在宅復帰要件/生活課題/生活歴/ACPなど記載）