

## はーとぴあショートステイ情報連携用紙

FAX 06-6992-8101

通所リハビリ体験用紙ではございません

松下介護老人保健施設 はーとぴあ TEL 06-6992-8131

## 利用者情報

ふりがな 利用者氏名	様	◆性別	◆生年月日		
		男・女	M・T・S	年	月
住所	送迎連絡先				
要介護度	要支援( )・要介護( )・申請中(新規・更新)・区変中				
ふりがな ご家族氏名	続柄	性別	ご家族	自宅	
	様	男・女	連絡先	携帯	
主病名・既往歴 (発症時期)	病状管理の注意点、病名に対するDr指示などあればご記入ください。				

## ★リハビリの意向、リハビリ経験

リハビリに対するご要望、目標、Dr指示、注意点、リハビリ経験（病院、老健、通所、訪問）をご記入ください。

## 転倒歴( ない・ある ⇒ 時期や転倒状況 :

## ◆自宅での様子・過ごし方・意向など

- ・日中の様子：過ごし方など  
(\_\_\_\_\_)
- ・夜間の様子：睡眠状況や転倒リスクなど  
(\_\_\_\_\_)

★ご記入をお願い致します。ご協力ありがとうございます。

移動	屋内（独歩・杖歩行・歩行器・普通車いす・リクライニング）（自立・見守り・介助）				
	屋外（独歩・杖歩行・歩行器・普通車いす・リクライニング）（自立・見守り・介助）				
食事	自立	一部介助	全介助	食欲	なし・あり
	なし	・	あり	食事量	全量・半量・それ以下
食事アレルギー	なし・あり( )		療養食	なし・あり	
	主食	米飯・軟飯・全粥・その他( )			
食事形態	副食	普通・一口大(2cm)・刻み(1cm)・極刻み・ミキサー・ムース			
	水分制限	なし・あり( )	ml/日	1日の水分摂取量	ml/日
義歯	なし・あり(弱・普通・強)			ご自宅で使用している増粘剤の種類( )	
	自歯・全義歯・上義歯・下義歯・なし			義歯管理	自己管理・家族管理
排泄	日中(トイレ・ポータブル・尿器・ベッド上) オムツ類(あり・なし) (自立・見守り・介助)				
	夜間(トイレ・ポータブル・尿器・ベッド上) オムツ類(あり・なし) (自立・見守り・介助)				
入浴	自立・一部介助・全介助		更衣	自立・一部介助・全介助	
	皮膚状態	問題なし・問題あり( )			
意思疎通	なし・あり( )				
	普通・あいまい・不可／失語症・構音障害等(有・無)／難聴(有・無) ⇒ 補聴器(有・無)				
認知機能	中核症状	なし・あり( )			
	BPSD	なし・あり( )			
薬	内服薬:なし・あり(食前・食後・食間) ⇒ 自己管理・家族管理 ※注意点:				
	外用薬:なし・あり 内容: ⇒ 自己管理・家族管理				
薬剤アレルギー	なし・あり 禁忌薬:				
利用中サービス	通所リハ・通所介護・訪問介護・訪問看護orリハ(内容: ) その他:				
医療的管理	なし・あり(透析・ストマ・在宅酸素・経管栄養・褥瘡・バルーンカテーテル・インスリン)				
事業所情報					
事業所名	介護支援専門員氏名				
ご希望・ご相談事など記入ください。			電話番号		

## はーとぴあ記入欄

はーとぴあ受付日	令和 年 月 日( )	担当相談員	金田・飯間・村上
----------	-------------	-------	----------