

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			◆性別	◆生年月日	
	様 男・女		M・T・S 年 月 日 満 ()		
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 連絡先	自宅 携帯
	様 男・女				
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	食事量
食事アレルギー	なし・あり（		療養食	なし・あり	
食事形態	主食	米飯・軟飯・全粥・その他()			
	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日の水分攝取量		ml/日
	トロミ	なし・あり(弱・普通・強)ご自宅で使用している増粘剤の種類()			
義歯	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()			
	処置	なし・あり()			
意思疎通	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		
はーとひあ受付日			はーとひあ記入欄		
令和 年 月 日 ()			担当相談員	金田・飯間・村上	