

はーとび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 はーとびあ 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	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		
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日の水分摂取量		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			
はーとびあ記入欄						
はーとびあ受付日	令和	年	月	日 ( )	担当相談員	金田・飯間・村上