入院時連携シート(居宅ケアマネジャー⇒医療機関)

										作成日:	令和		年	月		日
フリガナ								生年								
本人						性別		月日	- 1	昭和	年		月	E	3	歳
氏名									'							
住所	〒									家族構成	(同一世帯は	□で囲む	。キーパー	-ソンは7	☆を付け	ける)
連絡先																
フリガナ																
緊急連絡先	先					続柄										
氏名																
住所	〒															
連絡先																
介護保険	介護度				有効	令和		年	E	月	E	∃ ~	負担割			割負担
					期間			年		月		日		<u> </u>		пухі
主治医等	医療機関名:				医師名:							TEL:				
疾病名障害名	疾病・障害名				発症時期					疾病・障害名		発症時期				
					令和 年		月頃							年		月頃
				4	令和	年	月	頃						年		月頃
認知症	1		障害			認知症	の			徘徊		記憶障がい				
高齢者			日常生活			症状				失見当識				ミ 行機能	だ障が	
自立度	1		自立度		\perp			7	その	他()
視力						座位保持				屋内移						
聴力						立位保持				屋外移						
意思疎通						食事摂取				更办						
麻痺			и+			排泄 排泄						入浴				
服薬状況					特記	_										
スキントラブルリハビリ必要性					特記	_										
リハヒリル	い安性				特記	C			$\overline{}$		nd >= >= 7		<u> </u>			
口腔トラ	ブル									Ш	腔清潔					
										I			<u></u> 利用サー	レフ		
						rij用リー										
					413.	/11日区		-/ <u>-</u> /	- ^ 1	/ シ心門						
介護支援専門員			事業所名					担	当者	連絡先						