

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名	男・女	年 月 日生 (歳)	要介護度:	担当医:	PT:	OT:	ST:	SW:	看護師:	
健康状態 (原因疾患、発症日等)		合併疾患		廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因:			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			

本人の希望	家族の希望
-------	-------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																					
参加 〔主 目標〕	家庭内役割:	家庭内役割:																					
	外出(目的・頻度等):	外出:																					
活 動	自立・介護状況	自宅での実行状況 (目標): 「する“活動”」					日常生活での実行状況: 「している“活動”」					評価・訓練時の能力: 「できる“活動”」											
	目	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	自 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	独 立	見 守 り	口 頭 指 示	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	備 考	
	屋外歩行 (含:家からの出入り)																						
	階段昇降																						
	トイレへの移動																						
	食 事																						
	排 泄																						
	整 容																						
	更 衣 (含:靴・装具の着脱)																						
	入 浴																						
	家 事																						
	コミュニケーション																						

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

自己実施プログラム

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	年 月 日	本人	家族	説明者
-----------	-------	----	----	-----

〈註〉: ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
 ・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション計画書

計画実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生花子 男 710年 月 15 日生 (81 歳) 女	要介護度: 1	担当医: PT: 〇〇 OT: 〇〇 ST: 〇〇	SW: 〇〇	看護師: 〇〇
健康状態 (原因疾患、発症日等) 膝関節症 (右強い、20年前から) + 廃用症候群	合併疾患	廃用症候群: <input type="checkbox"/> 軽度 <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 原因: 膝痛のための活動性低下	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 (A1) A2 B1 B2 C1 C2 認知症である老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

本人の希望 1人で外出したい (特に近所、買い物へ)	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない (平日は家事をして欲しい)
-------------------------------	---------------------------------------

目標 [到達時期]		評価項目・内容																					
参加 [主目標]	家庭内役割: 平日の主婦業	家庭内役割: 特になし (2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。)																					
	外出(目的・頻度等): 買い物(週2回)、友人宅(週3回)、老人会(週1回)	外出: 家族の介助時のみ (3ヶ月前から介助必要)																					
活動	自立・介護状況	日常生活での実行状況: 「している“活動”」							評価・訓練時の能力: 「できる“活動”」														
	項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
	屋外歩行 (含: 家からの出入り)	✓						買い物: シルバーカー それ以外: 四脚									✓						シルバーカー
	階段昇降	✓						手すり									✓						
	トイレへの移動	✓						家具の配置換え つたい歩きも	✓								✓						
	食事	✓							✓								✓						
	排泄	✓							✓								✓						
	整容	✓							✓								✓						
	更衣 (含: 靴・装具の着脱)	✓							✓								✓						
	入浴		✓									✓					✓						伝い歩き指導 洗い椅子使用
家事	✓						平日の昼・夕食 掃除							✓			✓					膝への負担の少ない方法の指導	
コミュニケーション	問題なし							問題なし															

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活性化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらおう。(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム
下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明	令和 〇〇年 〇月 〇日	本人	厚生花子	家族	厚生次郎	説明者	〇〇
-----------	--------------	----	------	----	------	-----	----

(註) : ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

口腔衛生管理加算 様式 (実施計画)

評価日： 年 月 日

氏名 (ふりがな)	
生年月日・性別	年 月 日 生まれ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
要介護度・病名等	
日常生活自立度	障害高齢者： 認知症高齢者：
現在の歯科受診について	かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 直近1年間の歯科受診 <input type="checkbox"/> あり (最終受診年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 (コード <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j)
誤嚥性肺炎の発症・既往	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月： 年 月) <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導 (医療保険) の実施の有無※2	<input type="checkbox"/> あり () 回 <input type="checkbox"/> なし

※1 嚥下調整食の種類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

※2 医療保険により訪問歯科衛生指導料 (歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導) を同一月内に3回以上 (緩和ケアを実施するもの場合は7回以上) 算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入日： 年 月 日

口腔に関する問題点等 (該当する項目をチェック)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (<input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせがない <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい困難 [*]) ※現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認
	<input type="checkbox"/> 歯数 () 歯 <input type="checkbox"/> 歯の問題 (<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯の破折 <input type="checkbox"/> 修復物脱離 <input type="checkbox"/> 残根歯 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 義歯の問題 (<input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 必要だが使用していない <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 (潰瘍等)

2 口腔衛生の管理内容

記入日： 年 月 日

記入者	氏名： (指示を行った歯科医師名：)
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (<input type="checkbox"/> 重症化防止 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び介護職員への技術的助言等の内容

実施日： 年 月 日 (記入者：)

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
介護職員への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能の改善のための取組の実施 <input type="checkbox"/> 食事の状態の確認、食形態等の検討の必要性 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他 ()

4 その他の事項

--

褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書

(※)：任意項目

記入者名 _____

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【褥瘡の有無】

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 褥瘡発生日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 尾骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------------------	--

【危険因子の評価】

ADL	自立 一部介助 全介助 食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	基本動作 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	低栄養状態のリスクレベル (※) <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
排せつの状況	おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

上記の評価の結果、褥瘡ありの場合又は褥瘡発生のリスクが高い場合には褥瘡ケア計画を立案し実施する。

【褥瘡の状態の評価（褥瘡がある場合のみ評価）】

※褥瘡の状態の評価については「DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用」（一般社団法人 日本褥瘡学会）を参照

深さ	<input type="checkbox"/> d 0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d 1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d 2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D 3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D 4：皮下組織を越える損傷 <input type="checkbox"/> D 5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い <input type="checkbox"/> D U：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
滲出液	<input type="checkbox"/> e 0：なし <input type="checkbox"/> e 1：少量:毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e 3：中等量:1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E 6：多量:1日2回以上のドレッシング交換を要する
大きさ	<input type="checkbox"/> s 0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s 3：4未満 <input type="checkbox"/> s 6：4以上 16未満 <input type="checkbox"/> s 8：16以上 36未満 <input type="checkbox"/> s 9：36以上 64未満 <input type="checkbox"/> s 12：64以上 100未満	<input type="checkbox"/> S 15：100以上
炎症/感染	<input type="checkbox"/> i 0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i 1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I 3c：臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I 3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I 9：全身的影響あり(発熱など)
肉芽組織	<input type="checkbox"/> g 0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合 <input type="checkbox"/> g 1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g 3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G 4：良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G 5：良性肉芽が、創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G 6：良性肉芽が全く形成されていない
壊死組織	<input type="checkbox"/> n 0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N 3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N 6：硬く厚い密着した壊死組織あり
ポケット	<input type="checkbox"/> p 0：ポケットなし	<input type="checkbox"/> P 6：4未満 <input type="checkbox"/> P 9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P 12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P 24：36以上

【褥瘡ケア計画】

計画作成日 年 月 日

留意する項目	計画の内容	
体位変換の頻度	() 時間ごと	
関連職種が共同して取り組むべき事項 (※)		
評価を行う間隔 (※)		
圧迫、ズレ力の排除 (※) (体位変換、体圧分散寝具、 頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
	イス上	
スキンケア (※)		
栄養状態改善 (※)		
リハビリテーション (※)		
その他 (※)		

上記の内容及びケア計画について説明を受け、理解した上で、ケア計画の実施を希望します。

年 月 日

氏名

排せつの状態に関するスクリーニング・支援計画書

(※)：任意項目

記入者名：

医師名：

看護師名：

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【排せつの状態】

	自立	一部介助	全介助
ADL			
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
(上記のいずれかで一部介助の場合) 見守りや声かけ等のみで「排便・排尿」が可能			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【排せつ支援に係る取組】

おむつ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみあり <input type="checkbox"/> 日中のみあり <input type="checkbox"/> 終日あり
尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工肛門	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
トイレへの誘導・促し	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

【排せつに関する支援の必要性】

排せつの状態に関する支援の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
------------------	---

支援の必要性をありとした場合、以下を記載。

排せつに介護を要する要因 (※)

計画作成日 年 月 日

支援計画 (※)

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

年 月 日

氏名

自立支援促進に関する評価・支援計画書

(※) 任意項目

医師名： _____

介護支援専門員名： _____

【利用者情報】

氏名			
生年月日	年 月 日	保険者番号	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者番号	

【基本情報】

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
評価日	年 月 日
評価時点	<input type="checkbox"/> サービス利用開始時 <input type="checkbox"/> サービス利用中 <input type="checkbox"/> サービス利用終了時

【現状の評価】

(1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日	
1.	発症年月日（ 年 月 日頃）
2.	発症年月日（ 年 月 日頃）
3.	発症年月日（ 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容（前回より変化のあった事項について記入）	
(3) 医学的観点からの留意事項	
・ 血圧 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 移動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 摂食 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ 運動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
・ 嚥下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	・ その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
(4) 基本動作	(5) ADL
・ 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	自立 一部介助 全介助
・ 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 食事 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・ 座位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 椅子とベッド間の移乗 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（監視下）
・ 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	（座るが移れない）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
・ 立位の保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・ 整容 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・ トイレ動作 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 入浴 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	・ 平地歩行 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10←（歩行器等）
	（車椅子操作が可能）→ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 階段昇降 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 更衣 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 排便コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	・ 排尿コントロール <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
(6) 自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果	
<input type="checkbox"/> 期待できる（期待できる項目： <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他）	
<input type="checkbox"/> 期待できない	
<input type="checkbox"/> 不明	

(注) 介護老人保健施設においては ICF ステージング【別紙様式 7 別添】を活用した評価も行う。

【支援実績】

基本動作		日々の過ごし方等
<p>○離床 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ・1日あたりのベッド上以外で過ごす時間 <input type="checkbox"/>10時間以上 <input type="checkbox"/>6～10時間 <input type="checkbox"/>3～6時間 <input type="checkbox"/>3時間未満</p> <p>○食事 <input type="checkbox"/>居室外（食堂、ダイニング等） <input type="checkbox"/>ベッド上 <input type="checkbox"/>その他 ・食事時間や嗜好への対応 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○排せつ（日中） <input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室） <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 ・個人の排せつリズムへの対応 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○排せつ（夜間） <input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブル（<input type="checkbox"/>個室 <input type="checkbox"/>多床室） <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他 ・個人の排せつリズムへの対応 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○入浴 <input type="checkbox"/>大浴槽 <input type="checkbox"/>個人浴槽 <input type="checkbox"/>機械浴槽（特別浴槽） <input type="checkbox"/>清拭 ・マンツーマン入浴ケア <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>	<p>○1週間あたりの外出 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日 <input type="checkbox"/>週に2～3回程度 <input type="checkbox"/>週に1回程度 <input type="checkbox"/>なし</p> <p>○1週間あたりの趣味・アクティビティ・役割活動 <input type="checkbox"/>ほぼ毎日 <input type="checkbox"/>週に2～3回程度 <input type="checkbox"/>週に1回程度 <input type="checkbox"/>なし</p> <p>○入所者や家族の希望に沿った居場所作りの取組 （例：本人の愛着ある物を持ち込むことにより、安心できる環境づくりを行う） <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○本人の生活史 <input type="checkbox"/>ケアに反映している <input type="checkbox"/>ケアへの反映を検討している <input type="checkbox"/>反映していない</p>

【支援計画】

計画作成日 年 月 日

<p>尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画</p>	<p><input type="checkbox"/>尊厳の保持に資する取組 <input type="checkbox"/>本人を尊重する個別ケア <input type="checkbox"/>寝たきり防止に資する取組 <input type="checkbox"/>自立した生活を支える取組</p>
<p>基本動作（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>
<p>日々の過ごし方等（※）</p>	<p>（具体的な計画）</p>

説明日 年 月 日
 説明者氏名

ICF ステージング

2. 基本動作	<input type="checkbox"/> 5 両足での立位保持を行っている <input type="checkbox"/> 4 立位の保持は行っていないが、座位での乗り移りは行っている <input type="checkbox"/> 3 座位での乗り移りは行っていないが、座位（端座位）の保持は行っている <input type="checkbox"/> 2 座位（端座位）の保持は行っていないが、寝返りは行っている <input type="checkbox"/> 1 寝返りは行っていない
3a. 歩行・移動	<input type="checkbox"/> 5 公共交通機関等を利用した外出を行っている <input type="checkbox"/> 4 公共交通機関等を利用した外出は行っていないが、手すりに頼らないで安定した階段の昇り降りを行っている <input type="checkbox"/> 3 手すりに頼らない安定した階段の昇り降りを行っていないが、平らな場所での安定した歩行は行っている <input type="checkbox"/> 2 安定した歩行は行っていないが、施設内の移動は行っている <input type="checkbox"/> 1 施設内の移動を行っていない
4a. 認知機能 オリエンテーション（見当識）	<input type="checkbox"/> 5 年月日がわかる <input type="checkbox"/> 4 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 3 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> 2 その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 1 自分の名前がわからない
4b. 認知機能 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 5 複雑な人間関係を保っている <input type="checkbox"/> 4 複雑な人間関係は保っていないが、書き言葉は理解している <input type="checkbox"/> 3 書き言葉は理解していないが日常会話は行っている <input type="checkbox"/> 2 日常会話は行っていないが、話し言葉は理解している <input type="checkbox"/> 1 話し言葉の理解はできない
4c. 認知機能 精神活動	<input type="checkbox"/> 5 時間管理ができる <input type="checkbox"/> 4 時間管理はできないが、簡単な算術計算はできる <input type="checkbox"/> 3 簡単な算術計算はできないが、記憶の再生はできる <input type="checkbox"/> 2 記憶の再生はできないが、意識混濁はない <input type="checkbox"/> 1 意識の混濁があった
5a. 食事 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 5 肉などを含む普通の食事を、噛んで食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 肉などを含む普通の食事を噛んで食べることは行っていないが、ストローなどでむせずに飲むことは行っている <input type="checkbox"/> 3 むせずに吸引することは行っていないが、固形物の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 2 固形物の嚥下は行っていないが、嚥下食の嚥下は行っている <input type="checkbox"/> 1 嚥下食の嚥下を行っていない（食べ物の嚥下を行っていない）
5b. 食事 食事動作および食事介助	<input type="checkbox"/> 5 箸やフォークを使って食べこぼしせず、上手に食べることを行っている <input type="checkbox"/> 4 箸やフォークを使って上手に食べることは行っていないが、食べこぼししながらも、何とか自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 3 自分で食べることを行っていないが、食事の際に特別なセッティングをすれば自分で食べることを行っている <input type="checkbox"/> 2 食事の際に特別なセッティングをしても自分で食べることを行っていないが、直接的な介助があれば食べることを行っている <input type="checkbox"/> 1 直接的な介助をしても食べることを行っていない（食べることを行っていない）
6a. 排泄の動作	<input type="checkbox"/> 5 排泄の後始末を行っている <input type="checkbox"/> 4 排泄の後始末は行っていないが、ズボン・パンツの上げ下ろしは行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボン・パンツの上げ下ろしは行っていないが、洋式便器への移乗は行っている <input type="checkbox"/> 2 洋式トイレの移乗が自分で行えないため、介助が必要、または普段から床上で排泄を行っている <input type="checkbox"/> 1 尿閉（膀胱瘻を含む）や医療的な身体管理のために膀胱等へのカテーテルなどを使用している

7a. 入浴動作	<input type="checkbox"/> 5 安定した浴槽の出入りと洗身を行っている <input type="checkbox"/> 4 安定した浴槽の出入りと洗身は行っていないが、第三者の援助なしで入浴を行っている <input type="checkbox"/> 3 第三者の援助なしで入浴することは行っていないが、一般浴室内での座位保持は行っている。その他、入浴に必要なさまざまな介助がなされている <input type="checkbox"/> 2 浴室内での座位保持を行っておらず、一般浴での入浴を行っていないが、入浴（特浴など）は行っている <input type="checkbox"/> 1 入浴は行っていない
8a. 整容 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 5 義歯の手入れなどの口腔ケアを自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 義歯の手入れなどの口腔ケアは自分では行っていないが、歯みがきは自分でセッティングして行っている <input type="checkbox"/> 3 自分でセッティングして歯を磨くことは行っていないが、セッティングをすれば、自分で歯みがきを行っている <input type="checkbox"/> 2 歯みがきのセッティングをしても自分では歯みがきを行っていないが、「うがい」は自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 「うがい」を自分で行っていない
8b. 整容 整容	<input type="checkbox"/> 5 爪を切ることを自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 爪を切ることは自分で行っていないが、髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っている <input type="checkbox"/> 3 髭剃りやスキンケア、整髪は自分で行っていないが、洗顔は自分で行っている <input type="checkbox"/> 2 洗顔は自分で行っていないが、手洗いは自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 手洗いを自分で行っていない
8c. 整容 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 5 衣服を畳んだり整理することは自分で行っている <input type="checkbox"/> 4 衣服を畳んだり整理することは自分で行っていないが、ズボンやパンツの着脱は自分で行っている <input type="checkbox"/> 3 ズボンやパンツの着脱は自分で行っていないが、更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っている <input type="checkbox"/> 2 更衣の際のボタンのかけはずしは自分で行っていないが、上衣の片袖を通すことは自分で行っている <input type="checkbox"/> 1 上衣の片袖を通すことを自分で行っていない
9a. 社会参加 余暇	<input type="checkbox"/> 5 施設や家を1日以上離れる外出または旅行をしている <input type="checkbox"/> 4 旅行はしていないが、個人による趣味活動はしている <input type="checkbox"/> 3 屋外で行うような個人的趣味活動はしていないが、屋内でする程度のことはしている <input type="checkbox"/> 2 集団レクリエーションへは参加していないが、一人でテレビを楽しんでいる <input type="checkbox"/> 1 テレビを見たり、ラジオを聴いていない
9b. 社会参加 社会交流	<input type="checkbox"/> 5 情報伝達手段を用いて交流を行っている <input type="checkbox"/> 4 通信機器を用いて自ら連絡を取ることは行っていないが、援助があつての外出はしている <input type="checkbox"/> 3 外出はしていないが、親族・友人の訪問を受け会話している <input type="checkbox"/> 2 近所づきあいはしていないが、施設利用者や家族と会話はしている <input type="checkbox"/> 1 会話がな、していない、できない
合計点数	点

薬剤変更等に係る情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名：

担当医： 科 殿

介護老人保健施設の名称：

住所：

電話番号：

F A X：

医師氏名：

薬剤師氏名：

入所中の生活状況等を踏まえ、服薬内容について検討を行いました。検討の内容、薬剤変更後の状態等について連絡申し上げます。

患者	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	

診断名		
<入所時の処方>	⇒	<退所時の処方>

<検討した内容>

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先 (歯科医療機関・居宅介護支援事業所)

名称
担当 殿

介護事業所の名称
所在地

電話番号
FAX番号
管理者氏名
記入者氏名

利用者氏名 (ふりがな) 年 月 日生 男・女 連絡先 ()
基本情報
要介護度 □ 要支援 (□ 1 □ 2) □ 要介護 (□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)
基礎疾患 □ 脳血管疾患 □ 骨折 □ 誤嚥性肺炎 □ うっ血性心不全 □ 尿路感染症 □ 糖尿病
□ 高血圧症 □ 骨粗しょう症 □ 関節リウマチ □ がん □ うつ病 □ 認知症 □ 褥瘡
(※上記以外の) □ 神経疾患 □ 運動器疾患 □ 呼吸器疾患 □ 循環器疾患 □ 消化器疾患 □ 腎疾患
□ 内分泌疾患 □ 皮膚疾患 □ 精神疾患 □ その他
誤嚥性肺炎の発症・既往 □ あり (直近の発症年月: 年 月) □ なし
麻痺 □ あり (部位: □ 手 □ 顔 □ その他) □ なし
摂食方法 □ 経口のみ □ 一部経口 □ 経管栄養 □ 静脈栄養
現在の歯科受診について
かかりつけ歯科医 □ あり □ なし
直近1年間の歯科受診 □ あり (最終受診年月: 年 月) □ なし
義歯の使用 □ あり (□ 部分・□ 全部) □ なし
口腔清掃の自立度 □ 自立 □ 部分介助 (介助方法:) □ 全介助
現在の処方 □ あり (薬剤名:) □ なし

【口腔の健康状態の評価】

Table with 4 columns: 項目番号, 項目, 評価, 評価基準. Rows include 開口, 歯の汚れ, 舌の汚れ, 歯肉の腫れ、出血, 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる, むせ, ぶくぶくうがい, 食物のため込み、残留, その他.

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

Table with 2 columns: 歯科医師等による口腔内等の確認の必要性, 評価. 評価: □ 低い □ 高い

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

Table with 2 columns: 歯科医療機関への連絡事項, 介護支援専門員への連絡事項. Both rows contain (自由記載)

退居時情報提供書

記入日： 年 月 日
 退居日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：



施設名：
 担当者名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、_____年____月____日時点の施設生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
退居時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族連絡先について

主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外 (管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (入所中に記載した書類等：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

7. 退居前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)	<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
退居前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
	過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)								

8. 退居前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () 特記事項：								
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ歯科医療機関		かかりつけ薬局	
歯科医師名			

10. カンファレンス等について (ケアマネジャー、支援相談員等からの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()
------------------	---

退所時情報提供書

記入日： 年 月 日
退所日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：



施設名：
担当者名：
TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、____年__月__日時点の施設生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
退所時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族連絡先について

主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 自己管理以外 (管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

6. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (入所中に記載した書類等：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

7. 退所前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

退所前のADL/IADL 同封の書類をご確認ください。 アセスメントシート（フェイスシート） その他（

ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化 なし あり

認知機能の状況

みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か

見守ってもらうことなく過ごすことができる 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる

半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる

常にみまもりが必要である

見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか

年月日はわかる 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる

場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる

自分の名前がわからない

近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか

常に覚えている たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる

思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない

忘れたこと自体を認識していない

遂行能力：テレビや電動ベッド等の電化製品を操作できるか

自由に操作できる チャンネルの順送りなど普段している操作はできる

操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない

リモコンが何をやるものかわからない

過去半年間における入院 なし 不明 あり（頻度：0回 1回 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）

8. 退所前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等

介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等

同封の書類をご確認ください。 施設サービス計画(1)～(3) アセスメントシート（フェイスシート） その他（

特記事項：

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ歯科医療機関		かかりつけ薬局	
歯科医師名			

10. カンファレンス等について（ケアマネジャー、支援相談員等からの希望） ※医療機関への入院時のみ記入

「退院前カンファレンス」への参加 希望あり 具体的な要望（