

B 島原市情報提供・共有(Bシート)

記入日 年 月 日

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	



事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

情報提供に関して本人または家族に同意を得ています。

フリガナ		生年月日	大 昭 平	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名								

住所	〒			電話番号	
----	---	--	--	------	--

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図		家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 (特記事項) <input type="checkbox"/> 有
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()階建て エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		経済状況 年金の種類	<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
		被爆者 健康手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		生活保護 の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当CW名)
		特定疾患医 療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名)
		障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 種別)

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者
	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

既往歴	
-----	--

入院までの経過	
---------	--

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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 特記事項()
-----	---

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射()
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他()

