

A 島原市情報提供・共有(Aシート)

記入日 年 月 日

(情報提供日 年 月 日)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



医療機関名	
受け取り担当者	
入院日	年 月 日
受領日	年 月 日

情報提供に関して本人または家族の同意を得ています。

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		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建	<input type="checkbox"/> 集合住宅		
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性			()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)	
		特定疾患医療受給	<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 年 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)	

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 ()
-----	---	----------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

日常生活自立度(寝たきり度)	<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
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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 ()	

生活歴	
-----	--

趣味活動	
------	--

かかりつけ医	医療機関名 ()	主治医 ()	通院	訪問診療	TEL
	医療機関名 ()	主治医 ()	通院	訪問診療	TEL
	その他医療機関				

疾患名、病歴など	
----------	--

A 島原市情報提供・共有(Aシート)

ADL・IADLなど		自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での様子										
移動方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	<input type="checkbox"/> その他 ()						
外出手段		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車(運転)	<input type="checkbox"/> 車(助手席)	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> その他 ()					
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 通所系サービス	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭						
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)		(特記事項)								
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> オムツ・パット (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)		(特記事項)								
口腔清潔		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯磨き回数	回/日	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 部分義歯	<input type="checkbox"/> 総義歯	(特記事項)				
食事	摂取方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂取方法	<input type="checkbox"/> はし	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> その他 ()			自助具の使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	形態						<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 減塩食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> その他 ()			摂取量	(割)	
		とろみ剤使用						<input type="checkbox"/> 無	主食	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	水分制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	ml
		<input type="checkbox"/> 有						副食	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極小刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー			
					嚥下・咀嚼状況(留意点 ()											
買い物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)										
調理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)										
掃除		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)										
金銭管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(誰が支援しているか:)										
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬状況	飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 時々あり	<input type="checkbox"/> 有	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()			
							特記事項						お薬手帳などのコピー添付	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
かかりつけ薬局																
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"/> その他 ()														
コミュニケーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器使用			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)							
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	メガネの使用			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
サービス利用状況・サービス事業所名																
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) ()					<input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週) ()											
<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) ()					<input type="checkbox"/> 通所リハ (回/週) ()											
<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週、うち医療保険 回/週)					<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) ()											
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:)					<input type="checkbox"/> 住宅改修 ()											
<input type="checkbox"/> その他 ()																
今後の希望(本人・家族の意向、かかりつけ医・在宅サービス側の方針等)																
相談内容及び連絡事項等																
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など																
<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見相談など																
<input type="checkbox"/> 利用者の状況についての相談																