

事業所共通情報交換用紙『連絡表』

<様式A>

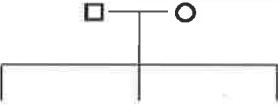
情報提供元

情報提供先

【情報提供理由】

情報提供日

令和2年3月4日

【情報提供経緯】	情報提供承諾の確認 承諾者氏名: 様 続柄: 確認者:									
	ふりがな 氏名				性別	住所	電話番号			
【対象者基本情報】	介護保険		介護認定		有効期間		まで			
			保険者		介護保険番号		障害支援区分			
	障害者手帳等		身体		精神		療育手帳		障害受給者証番号	
	年金等		日常生活自立度		認知症自立度		判断日			
	家族構成				*通常連絡先(キーパーソン)					
					氏名(続柄)					
					住所					
					・電話番号					
					・携帯番号					
	【医療情報】	【主病名】		#1		*処方内容(持参薬)				
現病歴		発症日		平成		年		月		
基礎疾患		#2	H		年		月		日	
		#3	H		年		月		日	
		#4	H		年		月		日	
		#5	H		年		月		日	
		#6	H		年		月		日	
『治療経過や医療的指示、服薬上の注意など』										
かかりつけ医		診療科 担当医								
薬物アレルギー		感染症等		予防接種		インフルエンザ 肺炎球菌ワクチン				
【リハビリ】	訓練内容		*添書 *訓練に対する本人の意欲							
	1) 機能訓練									
	2) 物理療法									
	3) 装具等									
	4) その他									
【身体機能・状態】	1) 麻痺の有無									
	2) 筋力低下の有無									
	3) 移動手段		移動							
	4) 移乗方法		介助							
	5) 視力障害		生活支障							
	6) 聴力障害		生活支障							
	7) 言語障害		生活支障							
	8) 皮膚疾患		部位							
	* 褥瘡の有無		部位							
	* 身体計測		身長:		cm		体重:		kg	

測定日:

[illegible]