記入者：ケアマネシャー

更　新　時　・　ケ　ア　マ　ネ　情　報　提　供　書　様　式　4

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿

□主治医　＿＿＿＿＿＿　先生

□＿＿＿＿＿＿＿＿様
看護師・ＭＳＷ・担当者

情　報　提　供　日
平　成　年　月　日

記入者：居宅・在介・包括
事業所＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿
ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿
メール＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名	様	男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日（　歳）
住　所	さつま町　番地		電話番号	（　）
主介護者	様　：　続柄（　） （同居・別居：住所　）		連絡先 「携帯」	（　） （　）

現在受診している医療機関	主病名・症状等

現在の要介護状態区分
要支援　要介護
有効期限：平成　年　月　日迄
前回介護度　要支援　要介護

利用者及び家族の生活の意向・目標・在宅で大切にしていること

利用中のサービス（居宅サービス計画書添付＜有　無＞）

	サービス種別	事業所名	利用者の週間予定 月	火	水	木	金	土	日
①									
②									
③									
④									
⑤									
⑥									

日常生活動作及び認知機能		(今回) 平成　年　月　日	状態変化	(前回) 平成　年　月　日
	食　事	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	排　泄	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	清　潔	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	更衣・整容	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	移動（屋内）	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	移動（屋外）	自立・見守り・一部介助・全介助	向上・維持・低下・不明	自立・見守り・一部介助・全介助
	睡　眠	良・不良・眠剤（有・無）	改善・維持・悪化・不明	良・不良・眠剤（有・無）
	服薬管理	自立・見守り・一部介助・要介護	飲み忘れ（　回/週・月）	自立・見守り・一部介助・要介護
	認知機能	自立・見守り・一部介助・要介護	改善・維持・悪化・不明	自立・見守り・一部介助・要介護
	日常生活に影響する症状等	・麻痺（右・左）・言語障害・難聴・記憶障害・失行失認・判断力の低下・うつ BPSD・その他、気になる症状（　）		

1年間の変化・相談・困りごと・介護力など

介護支援専門員として、日ごろの様子を情報提供します。参考にしていただければ幸いです。この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。