

【担当ケアマネジャー様へ 退院1ヶ月後にファックスしてください】

この情報提供書は、病院の資質向上に役立てる目的のものです。利用者様の退院後の生活について率直なご意見をご記入下さい。

在宅生活情報提供書

ケアマネジャー ⇒ 県立リハ西播磨病院 地域連携室

FAX番号:0791-58-1072

ふりがな	年齢: 歳	性別: 男・女	担当ケアマネジャー
利用者氏名:	生年月日: 年 月 日	事業所名:	
脳卒中の既往のある方: 再発の情報: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 再発日:平成 年 月 日 有りの場合(<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他)			
生活の状況			
居住地: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()			
介護サービスの利用状況: <input type="checkbox"/> デイサービス(回/週) <input type="checkbox"/> デイケア(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> その他()			
転倒の有無: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 頻度:週 回 転倒した場所 <input type="checkbox"/> 居室・寝室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 外出先() <input type="checkbox"/> その他()			
ADLの低下: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合、低下した内容() 原因()			
家族介護の状況	<input type="checkbox"/> 問題なく介護している <input type="checkbox"/> 介護負担強く疲労 <input type="checkbox"/> 独居・協力者がいない		
	コメント:		
家族介護の意欲	<input type="checkbox"/> 在宅ケアを強く望む <input type="checkbox"/> 親族の協力が得られる(続柄)		
	<input type="checkbox"/> 困難になれば施設を望む <input type="checkbox"/> 施設を望む <input type="checkbox"/> 不明		
キーパーソン:			
退院時情報提供: <input type="checkbox"/> 役に立った <input type="checkbox"/> 役に立たなかった 提供時間は <input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 長い <input type="checkbox"/> 短い 内容は <input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> わかりにくかった 役に立たなかった理由、または修正すべき点()			
回復期病院の指導で住宅改修: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合、住宅改修の状況: <input type="checkbox"/> 役立っている <input type="checkbox"/> 役立っていない 役立っていない場合(場所・問題点) []			
本人の生活状況(よかった点、悪くなった点)			

記載日:平成 年 月 日

担当ケアマネジャー連絡先:

住所

TEL

FAX