

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）に基づく情報提供様式（第2版）

記入日：平成 年 月 日

医療機関情報 ※必要項目のみの記入で可 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先（ケアマネジャー・介護保険事業者等）情報 ※必要項目のみの記入で可	
医療機関名： 医師氏名： 所在地：  T E L： F A X： E-mail：		事業所名： 担当者名： 所在地：  T E L： F A X： E-mail：	
利用者情報 ※必要項目 のみの記 入で可	(フリガナ)：		生年月日：(M・T・S 年 月 日生) ( 歳)
	氏 名：		性 別： 男 女
傷病名：		要介護度：要支援 (I II) 要介護 (I II III IV V) 介護保険番号：	
住 所：		T E L：	
利用者（家族）の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診察年月日：平成 年 月 日)			
提供先	項目	内容 (前回の診察より変更がない場合は、「変更なし」に☑)	
I ケアマネジャー  ( )  への情報提供  ※ケアマネジャー 以外に情報提供し た場合は ( ) 内 に職種等を記載。	利用者の病状、 経過等	①発生頻度の高い病態 (変更なし☐) <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 対処方法→ ( )	
		②医学管理の必要性 (変更なし☐) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし☐) 体温： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) 血圧： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) 嚥下： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) 摂食： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( ) 移動： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )	
		④その他 (下記選択肢参照) (1)病状変化 (a, b, c, d, e) (2)精神状態 (a, b, c, d, e) (3)その他 (a, b, c, d, e, f, g, h) コメント：	
(1)病状変化 a. 安定 b. 時々変化 (要注意) c. 徐々に悪化 (要注意) d. 急速に悪化 (要随時報告) e. 重症のため連絡を密に (2)精神状態 a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に急に悪化 (要注意) e. 常時介護が必要 (3)その他 a. 血圧が不安定 (入浴等に際し要測定) b. 糖尿病のため過食に注意 c. インスリン等使用のため低血糖に注意 d. 毎日の体温測定 e. 定期的な排便確認 f. 疼痛治療を行っているため、意識状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取			
II 利用者(家族) への指導・助言  ※Iの内容と同様 の場合は該当の番 号に○印	介護サービス を利用する上 での留意点、 介護方法等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	
	日常生活上の 留意点等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）に基づく情報提供様式（第2版）

記入日：平成 年 月 日

医療機関情報 ※必要項目のみの記入で可 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先（ケアマネジャー・介護保険事業者等）情報 ※必要項目のみの記入で可	
医療機関名： 医師氏名： 所在地：  T E L： F A X： E-mail：		事業所名： 担当者名： 所在地：  T E L： F A X： E-mail：	
利用者情報 ※必要項目 のみの記 入で可		(フリガナ)： 生年月日：(M・T・S 年 月 日生) ( 歳) 氏 名： 性 別： 男 女 傷 病 名： 要介護度：要支援 (I II) 要介護 (I II III IV V) 介護保険番号： 住 所： T E L：	
利用者（家族）の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診察年月日：平成 年 月 日)			
提供先	項目	内容 (前回の診察より変更がない場合は、「変更なし」に☑)	
I ケアマネジャー  ( ) への情報提供  ※ケアマネジャー 以外に情報提供し た場合は ( ) 内 に職種等を記載。	利用者の病状、 経過等	①発生頻度の高い病態 (変更なし☐) <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 対処方法→ ( )	
		②医学管理の必要性 (変更なし☐) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし☐) 体温：☐特になし ☐あり ( ) 血圧：☐特になし ☐あり ( ) 嚥下：☐特になし ☐あり ( ) 摂食：☐特になし ☐あり ( ) 移動：☐特になし ☐あり ( )	
		④その他 (下記選択肢参照) (1)病状変化 (a, b, c, d, e) (2)精神状態 (a, b, c, d, e) (3)その他 (a, b, c, d, e, f, g, h) コメント：	
(1)病状変化 a. 安定 b. 時々変化 (要注意) c. 徐々に悪化 (要注意) d. 急速に悪化 (要随時報告) e. 重症のため連絡を密に (2)精神状態 a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に急に悪化 (要注意) e. 常時介護が必要 (3)その他 a. 血圧が不安定 (入浴等に際し要測定) b. 糖尿病のため過食に注意 c. インスリン等使用のため低血糖に注意 d. 毎日の体温測定 e. 定期的な排便確認 f. 疼痛治療を行っているため、意識状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取			
II 利用者(家族) への指導・助言  ※Iの内容と同様 の場合は該当の番 号に○印	介護サービス を利用する上 での留意点、 介護方法等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	
	日常生活上の 留意点等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	

居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）に基づく情報提供様式（第2版）

記入日：平成 年 月 日

医療機関情報 ※必要項目のみの記入で可 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先（ケアマネジャー・介護保険事業者等）情報 ※必要項目のみの記入で可	
医療機関名： 医師氏名： 所在地：  TEL： FAX： E-mail：		事業所名： 担当者名： 所在地：  TEL： FAX： E-mail：	
利用者情報 ※必要項目 のみの記 入で可	(フリガナ)：	生年月日：(M・T・S 年 月 日生) ( 歳)	
	氏名：	性別：男 女	
	傷病名：		
	要介護度：要支援 (I II) 要介護 (I II III IV V) 介護保険番号：		
	住所：	TEL：	
利用者（家族）の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診察年月日：平成 年 月 日)			
提供先	項目	内容 (前回の診察より変更がない場合は、「変更なし」に☑)	
I ケアマネジャー  ( ) への情報提供  ※ケアマネジャー 以外に情報提供し た場合は ( ) 内 に職種等を記載。	利用者の病状、 経過等	①発生頻度の高い病態 (変更なし☐) ☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐易感染症 ☐心肺機能の低下 ☐痛み ☐脱水 ☐その他 ( ) 対処方法→ ( )	
		②医学管理の必要性 (変更なし☐) ☐訪問診療 ☐訪問看護 ☐訪問リハ ☐通所リハ ☐短期入所療養介護 ☐訪問歯科診療 ☐訪問歯科衛生指導 ☐訪問薬剤管理指導 ☐訪問栄養食事指導 ☐その他 ( )	
		③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし☐) 体温：☐特になし ☐あり ( ) 血圧：☐特になし ☐あり ( ) 嚥下：☐特になし ☐あり ( ) 摂食：☐特になし ☐あり ( ) 移動：☐特になし ☐あり ( )	
		④その他 (下記選択肢参照) (1)病状変化 (a, b, c, d, e) (2)精神状態 (a, b, c, d, e) (3)その他 (a, b, c, d, e, f, g, h) コメント：	
(1)病状変化 a. 安定 b. 時々変化 (要注意) c. 徐々に悪化 (要注意) d. 急速に悪化 (要随時報告) e. 重症のため連絡を密に (2)精神状態 a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間に急に悪化 (要注意) e. 常時介護が必要 (3)その他 a. 血圧が不安定 (入浴等に際し要測定) b. 糖尿病のため過食に注意 c. インスリン等使用のため低血糖に注意 d. 毎日の体温測定 e. 定期的な排便確認 f. 疼痛治療を行っているため、意識状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取			
II 利用者(家族) への指導・助言  ※Iの内容と同様 の場合は該当の番 号に○印	介護サービス を利用する上 での留意点、 介護方法等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	
	日常生活上の 留意点等	Iの①②③④と同じ  (変更なし☐)	