

介護福祉士等から介護支援専門員への連携シート

送付日 年 月 日

居宅介護支援事業所		訪問介護事業所	
TEL		TEL	
FAX		FAX	
担当ケアマネジャー		サービス提供責任者	

平素はお世話になっております。

下記の利用者様の訪問介護時の状況を、ご報告させていただきます。

利用者		住所	
報告項目	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 口腔機能	<input type="checkbox"/> 心身状況 <input type="checkbox"/> その他

上記記載欄項目の具体的報告

服薬状況		①薬が多量に残っているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		②複数回数分の薬を一度に服用しているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		③薬の服用を拒絶しているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		④使い切らないうちに新たに薬が処方されているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
口腔機能		①口臭や口腔内出血があるか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		②食事量・食事回数に変化があるか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
その他の心身状況		①体重増減が推測される見た目の変化があるか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		②下痢や便秘が続いているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		③皮膚が乾燥しているか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		④湿疹があるか <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> → 湿疹ありの場合の部位 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>