

年 月 日

利用者情報登録シート

医療機関名	岩槻区医療介護連携支援センター		
医師名	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 / 病院 <input type="checkbox"/> その他医療機関		
所在地			
電話番号			
ふりがな 利用者氏名	性別	男	・ 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設		
電話番号	施設名:		
住所	〒		
主たる介護者	本人との関係 ()	主たる介護者の連絡先	住所
			TEL
傷病名		訪問看護ステーション	
		電話番号	
		居宅介護支援事業所	
		電話番号	
家族歴及び既往歴	アレルギー・禁忌		
処方			
経過及び所見			
処置内容等(あてはまるものにチェック)			
<input type="checkbox"/> 点滴の管理(末消、IVH、ポート) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 認知症			
状態: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり			
要介護度	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)		
障害高齢者の日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
直近の診療内容			