

<p>ふりがな 名前</p> <hr/> <p>生年月日</p> <hr/> <p>住所</p> <hr/> <p>電話番号</p> <hr/> <p>診断名</p> <hr/> <p>経緯・既往歴</p>	<p>記載者</p> <hr/> <p>事業所 名前 連絡先</p> <hr/> <p>家族</p> <hr/> <p>生活保護 担当 CW() tel:</p> <hr/> <p>介護保険 <input type="checkbox"/>未申請 <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>要支援() <input type="checkbox"/>要介護()</p> <hr/> <p>ケアマネ</p> <hr/> <p>連絡先</p>																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="10" style="text-align: center; vertical-align: middle;">医療処置</td><td>吸引</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>酸素</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>点滴</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>胃瘻</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>経鼻</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>インシュリン</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>BS チェック</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>褥瘡</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>パルーン</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> <tr><td>ストマ</td><td><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</td><td>()</td></tr> </table>	医療処置	吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	点滴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	胃瘻	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	経鼻	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	インシュリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	BS チェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	パルーン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	ストマ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="7" style="text-align: center; vertical-align: middle;">サービス</td><td>訪看</td><td>週()回 ()</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/>医療 <input type="checkbox"/>介護</td></tr> <tr><td>MCS</td><td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td></tr> <tr><td>ヘルパー</td><td>週()回 ()</td></tr> <tr><td>デイサービス</td><td>週()回 ()</td></tr> <tr><td>ショートステイ</td><td>()</td></tr> <tr><td>訪問入浴</td><td>()</td></tr> <tr><td>福祉用具</td><td>()</td></tr> </table>	サービス	訪看	週()回 ()		<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護	MCS	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ヘルパー	週()回 ()	デイサービス	週()回 ()	ショートステイ	()	訪問入浴	()	福祉用具	()
医療処置		吸引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		酸素	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		点滴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		胃瘻	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		経鼻	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		インシュリン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		BS チェック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
		パルーン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																													
	ストマ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	()																																														
サービス	訪看	週()回 ()																																															
		<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護																																															
	MCS	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																															
	ヘルパー	週()回 ()																																															
	デイサービス	週()回 ()																																															
	ショートステイ	()																																															
	訪問入浴	()																																															
福祉用具	()																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">ADL</td><td>移動</td><td>()</td></tr> <tr><td>食事</td><td>()</td></tr> <tr><td>排泄</td><td>()</td></tr> <tr><td>認知症</td><td>()</td></tr> <tr><td colspan="2">身長・体重</td><td></td></tr> </table>	ADL	移動	()	食事	()	排泄	()	認知症	()	身長・体重			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">薬局</td><td>薬局</td><td>()</td></tr> <tr><td>電話</td><td></td></tr> <tr><td>fax</td><td></td></tr> <tr><td>処方箋</td><td><input type="checkbox"/>都度郵送 <input type="checkbox"/>月末郵送</td></tr> <tr><td></td><td><input type="checkbox"/>家族取りに行く <input type="checkbox"/>訪問薬剤</td></tr> </table>	薬局	薬局	()	電話		fax		処方箋	<input type="checkbox"/> 都度郵送 <input type="checkbox"/> 月末郵送		<input type="checkbox"/> 家族取りに行く <input type="checkbox"/> 訪問薬剤																									
ADL		移動	()																																														
		食事	()																																														
		排泄	()																																														
	認知症	()																																															
身長・体重																																																	
薬局	薬局	()																																															
	電話																																																
	fax																																																
	処方箋	<input type="checkbox"/> 都度郵送 <input type="checkbox"/> 月末郵送																																															
		<input type="checkbox"/> 家族取りに行く <input type="checkbox"/> 訪問薬剤																																															