

## 在宅復帰のための検討基礎資料

氏名				記入日	年	月	日
身障手帳	有・無	障害名					
年金受給	有・無	月額					

家族構成	独居・昼間独居・夫婦・同居						
氏名	続柄	年齢	同別居	主介護者○	職の有無	連絡先	備考

現在の受診状況						
かかりつけ医療機関	診療科	主治医	受診状況	薬の有無	備考	
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

サービス利用状況						
<input type="checkbox"/> 訪問介護	月	回	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	月	回	
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ベッド・車椅子・( )			
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(特養)	月	回	
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健)	月	回	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ポータブルトイレ・シャワーチェア・( )			
<input type="checkbox"/> 通所介護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	(有・無)		

家屋状況						
ア. 構造	1. 一戸建て( / 階)		2. 集合住宅( / 階)			
イ. 居室	1. 専用居室(有・無)		2. 二階建て以上の場合エレベーター(有・無)			
ウ. 寝具	1. ふとん		2. ベッド(電動・手動・固定)			
エ. トイレ	1. (洋式・和式)		2. てすり(有・無)		3. 段差(有・無)	
オ. 浴室	1. (有・無)		2. てすり(有・無)		3. 段差(有・無)	
カ. 冷暖房	1. 暖房(有・無)		2. 冷房(有・無)			

立地構造上の問題						

その他ご要望、ご心配なことがございましたらご記入ください。						

\* この資料は、ご利用者様の生活支援及び在宅復帰のための検討資料に限って活用いたします。