

介護福祉士等から介護支援専門員への連携シート記載例

送付日 令和2年5月15日

居宅介護支援事業所		訪問介護事業所	
TEL		TEL	送付日は自動入力となっていますので様式を開くとその日が自動的に設定されます。送付日を修正したい場合はそこを選択して、月と日を○/○と入力すると年月日が入力されます。
FAX		FAX	
担当ケアマネジャー		サービス提供者	責任者

平素はお世話になっておりまして、下記の利用者様の訪問介護時

■ 選択ボタンのON/OFF切り替えについては、一旦別のセルに移動してから行ってください。

いただけます。

利用者				
報告項目	<input checked="" 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 type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
	セルをクリックすると右側に▼の表示が出ます。その▼をクリックするとリストが出ますので、該当する項目を選んでください。					
服薬状況	③薬の服用を拒絶しているか	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
	④	①薬が多量に残っているか				
	①	<input type="text"/> 多量に残っていない <input type="text"/> 多量に残っている	→	<input type="text"/> 古い薬 <input type="text"/> 新しい薬	→	<input type="text"/> 自分で飲む能力がない <input type="text"/> 飲みたくない <input type="text"/> 身体機能が低下で飲む行いができない
口腔機能	②長手量・長手回数に変化があるか	<input type="text"/>	→	<input 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 type="text"/>	→	<input type="text"/>		
	②下痢や便秘が続いているか	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>		
	③皮膚が乾燥しているか	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>		
	④湿疹があるか	<input type="text"/>	→	湿疹ありの場合の部位	<input type="text"/>	