記入日：　　　　年　　月　　日

別　紙

参考様式

※この様式は参考様式です。

追加等は自由です。

情報提供日：　　年　　月　　日

**情報共有シート**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | 男・女 | 生年月日  M・T・S　　　　年　　月　　日 |
| 血液型 |  |
| 住所 | | | 電話 |
| 入所日（サービス利用開始日）　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| ≪家族構成・家族関係≫ | | | |
| 緊急連絡先①  氏名　　　　　　　　　　　　　続柄  電話 | | 緊急連絡先②  氏名　　　　　　　　　　　　　続柄  電話 | |
| ≪生活歴≫ | | | |
| ≪職歴≫ | | | |
| ≪病歴≫  ≪かかりつけ医≫  病院名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※おおむね１年以内に受診歴のある病院  住　所　：  電話番号： | | | |
| ≪自己負担割合≫　　　３割・２割・１割・生活保護受給者 | | | |

アセスメントシート

|  |  |
| --- | --- |
| １．基本情報 | |
| ①障がい高齢者の日常生活自立度 |  |
| ②認知症高齢者の日常生活自立度 |  |
| ③身体障がい者障がい程度等級 |  |
| ④介護認定 |  |
| ２．既往歴・現病歴 | |
| 現状 | 留意点等（主治医等からの指示等） |
|  |  |
| ３．病気・障がい・服薬 | |
| 現状 | 留意点等（主治医等からの指示等） |
| ①現在の病気：  ②内服薬等：  ③病気の状況や障がいの状況（まひや拘縮等）：  ④医療的処置・通院：  ⑤感染症（　有・無　）内容：  ⑥食物・薬物アレルギー（　有・無　）内容：  ⑦リハビリテーション： |  |
| ４．終末期の希望 | |
| 【本人の希望】  ・できだけ救命、延命をしてほしい  □希望する　□希望しない　□わからない  ・苦痛をやわらげる処置なら希望する  　□希望する　□希望しない　□わからない  ・なるべく自然な状態で見守ってほしい  □希望する　□希望しない　□わからない  ・心肺蘇生を望む  □希望する　□希望しない　□わからない  ・最期を過ごしたい場所  　□病院　□入居施設　□その他（　　　　　　　）  ・その他の希望（　　　　　　　　　　　　　　　） | 【家族等の確認】  □有　□無  □有　□無  □有　□無  □有　□無  □有　□無  □有　□無 |