

情報提供日 年 月 日

病院・診療所
医院・クリニック

居宅介護支援事業所

先生 御侍史

住所

電話番号

FAX番号

介護支援専門員

こころの情報提供書

利用者氏名	様	性別	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中				生活形態	独居・家族同居・その他()		
相談の目的	<input type="checkbox"/> 薬の相談 <input type="checkbox"/> 介護者の関わり方 <input type="checkbox"/> 専門医への紹介		<input type="checkbox"/> 疾患の説明 <input type="checkbox"/> 介護保険申請 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 生活上の助言 <input type="checkbox"/> 介護認定区分変更申請			
他科の診断・治療歴	() 科) 診断名() 服薬(有・無) 薬の詳細:							
本人の生活や性格	生活環境の変化(有・無):				仕事や得意なこと:			
	性格の変化(有・無):							
本人の最近の様子で、気になることや行動 (・睡眠・食事・排泄・服薬・歩行状態・入浴・金銭管理・買い物・その他)								

ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡を頂けますようお願いいたします。
尚、個人情報の取り扱いについては 年 月 日の契約時に、個人情報 の利用に関する
同意書の上で、同意を得ております。