

A 島原市情報提供・共有(Aシート)改訂版

記入日 令和 年 月 日

(情報提供日 年 月 日)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



医療機関名	
受け取り担当者	
入院日	年 月 日
受領日	年 月 日

情報提供に関して本人または家族の同意を得ています。

フリガナ		生年月日	大 昭 平	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名								
住所					電話番号			
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号		

家族構成		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建	<input type="checkbox"/> 集合住宅	
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性			()階建て	エレベーター	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			経済状況年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金
				<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他
			被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
			生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (担当CW)
		特定疾患医療受給	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (疾患名)	
		障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 種別)		

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者				介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割
	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間(年 月 日~ 年 月 日)					<input type="checkbox"/> 不明

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 特記事項()
-----	---	---

日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
----------------	---

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()

生活歴	
-----	--

趣味活動	
------	--

かかりつけ医	医療機関名() 主治医() 通院 訪問診療 TEL
	医療機関名() 主治医() 通院 訪問診療 TEL
	その他医療機関

疾患名、病歴など	
----------	--

* 転院の際にはこのシートを転院先へコピーしてお渡してください

