

# ケアマネサマリー

(町田市入院時・外来受診時等情報提供書)

作成日 平成 年 月 日

提出先	医療機関名	
	ご担当者	様

以下の情報は、利用者及び家族等の同意に基づき提供しています。

発信元

名刺添付  
(のりですっかりと貼ってください)

添付しない場合は以下に記入

事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	

## ■ 提出理由

入院 外来受診 医療系サービス利用によるケアプランの提出

## ■ 入院日

年 月 日

## ■ 基本情報

フリガナ		性別	家族構成(同一世帯は○で囲む・キーパーソンは☆をつける)				
氏名		男・女					
生年月日	大正・昭和 年 月 日	歳					
住所							
電話番号							
フリガナ		続柄	電話番号	フリガナ		続柄	電話番号
家族氏名①				家族氏名②			
(キーパーソン)	連絡が付きやすい時間帯			連絡が付きやすい時間帯			
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)						
公費負担	<input type="checkbox"/> 生保(担当CW ) <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育 種 級・度)						

## ■ 医療情報

障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
医療機関名・診療科(医科・歯科)	医師名	現病歴・既往歴	服薬情報
			<input type="checkbox"/> 管理(本人・家族・訪看・療養・施設)
			<input type="checkbox"/> 確認(手帳・処方説明書・現物)
			<input type="checkbox"/> その他 特記事項 ( )

## ■ 経過等

### ●入院等に至る経過(直近1週間程度)

### ●サービス利用状況

### ●本人やご家族等の意向

- 訪問介護  
訪問看護  
デイサービス  
居宅療養管理指導  

## ■ ADL情報

食事	自立・見守り・一部介助・全介助	特記事項	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		
着脱	自立・見守り・一部介助・全介助		
移動	自立・見守り・一部介助・全介助		

■ 添付書類 基本情報 居宅サービス計画書(第1~3表) 服薬内容 その他( )

■ お願い 病院側で在宅生活に向けた支援の検討を開始する際に、ケアマネジャーにご連絡ください。また、必要に応じて、退院時に情報提供(診療情報提供書、看護サマリー等)もお願いいたします。《町田市様式 2019.2版》