

(別紙様式 1 1)

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

記載上の注意

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所
担当 殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX番号
医師氏名 印

患者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-	連絡先 ()
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)				

1. 患者の病状、経過等

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日										
1	発症年月日（西暦 年 月 日頃）									
2	発症年月日（西暦 年 月 日頃）									
3	発症年月日（西暦 年 月 日頃）									
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容										
(3) 病状等の説明内容と患者の希望										
(4) 日常生活の自立度等について										
障害高齢者の日常生活自立度(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
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立	<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	
(5) 栄養・口腔に関する情報										
<input type="checkbox"/> 下記参照		<input type="checkbox"/> 別紙様式50等参照								
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		食物アレルギー			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分とろみ			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)				
食形態	<input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()		副食			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()				
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)		左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる			<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		歯肉の腫れ、出血			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
在宅生活における留意点:										
(6) 服薬に関する情報										
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (入院後の内服薬変更: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		一包化の必要性			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容:)		<input type="checkbox"/> 全介助							
退院時処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (退院日含め 日分)		服薬アレルギー			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
在宅生活における留意点:										
(7) 療養上の工夫点 (医療上の留意点、安全の配慮等)										
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり										
→工夫点 (例: ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等):										
(8) 入院期間										
入院日:	年	月	日	退院日:	年	月	日			

2. 退院後のサービスの必要性

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護（特別指示書： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（	）

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化 <input type="checkbox"/> あり（同封の書類をご確認ください） <input type="checkbox"/> なし
(2)自助具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他（
→ 対処方針（
(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針 <input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他（
→ 対処方針（

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1)利用者の日常生活上の留意事項
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり（
→ 必要な支援（
(3)特記事項

5. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1)意向の話し合い： <input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）
--

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向： <input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（入院中に記載した書類等：
(3)話し合いの参加者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（
(4)医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

(別紙様式13)

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

(F A X .)

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)
病名	
現症	
所見及び診断	
今後の診療に関する情報	

[記載上の注意]

2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式16)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		年	月	日	(歳)				
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
傷病名コード										
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)						
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類		D 3	D 4	D 5	NPUAP 分類		III度	IV度
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ , 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()									
留意事項及び指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項										
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1日あたり () 分を週 () 回) 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他										
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応										
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師署名 (又は記名押印)

事業所

殿

(別紙様式 18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年	月	日
(歳)				
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：				
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)				
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先等				

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医師署名 (又は記名押印)

事業所

殿

別紙様式1

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
要介護認定の 状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所			
看護・リハビリテーションの目標			
年 月 日	療 養 上 の 課 題 ・ 支 援 内 容		評 価
衛 生 材 料 等 が 必 要 な 処 置 の 有 無			有 ・ 無
処置の内容	衛生材料 (種類・サイズ) 等	必要量	
訪問予定の職種 (※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載)			
備考			

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

利用者氏名		生年月日	年	月	日 ()歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所					
看護・リハビリテーションの目標					
年 月 日	療養上の課題・ 支援内容			評価	
衛生材料等が必要な処置の有無					
有 ・ 無					
処置の内容		衛生材料 (種類・サイズ) 等		必要量	
備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)					
作成者①	氏名:		職 種: 看護師・保健師		
作成者②	氏名:		職 種: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

別紙様式2

訪問看護報告書

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳												
要介護認定の 状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)														
住 所															
訪問日	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">年 月</td> <td style="text-align: center;">年 月</td> </tr> <tr> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>8 9 10 11 12 13 14</td> <td>8 9 10 11 12 13 14</td> </tr> <tr> <td>15 16 17 18 19 20 21</td> <td>15 16 17 18 19 20 21</td> </tr> <tr> <td>22 23 24 25 26 27 28</td> <td>22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td>29 30 31</td> <td>29 30 31</td> </tr> </table> <p>保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			年 月	年 月	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31	29 30 31
年 月	年 月														
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7														
8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14														
15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21														
22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28														
29 30 31	29 30 31														
病状の経過															
看護・リハビリテーションの内容															
家庭での介護の状況															
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()														
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容														
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日： ()														
特記すべき事項（頻回に訪問看護が必要な理由を含む）															

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

印

訪問看護報告書

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳												
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)														
住 所															
訪問日	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">年 月</td> <td style="width:50%; text-align:center;">年 月</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">1 2 3 4 5 6 7</td> <td style="text-align:center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">8 9 10 11 12 13 14</td> <td style="text-align:center;">8 9 10 11 12 13 14</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">15 16 17 18 19 20 21</td> <td style="text-align:center;">15 16 17 18 19 20 21</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">22 23 24 25 26 27 28</td> <td style="text-align:center;">22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">29 30 31</td> <td style="text-align:center;">29 30 31</td> </tr> </table> <p>訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			年 月	年 月	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31	29 30 31
年 月	年 月														
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7														
8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14														
15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21														
22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28														
29 30 31	29 30 31														
病状の経過															
看護の内容															
家庭での介護の状況															
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()														
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容														
特記すべき事項															
作成者	氏名： _____ 職種： 看護師・保健師														

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：



事業所名：
ケアマネジャー氏名：
TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、_____年____月____日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<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"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<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		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)		
年金などの種類	<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 ()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
主介護者氏名	(続柄・才)		(同居・別居)	電話番号		
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才)		(同居・別居)	電話番号		

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：)	<input type="checkbox"/> 全介助	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上半肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下半肢	<input type="checkbox"/> 左下半肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）		<input type="checkbox"/> その他（）				<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

入院前のADL/IADL 同封の書類をご確認ください。 アセスメントシート（フェイスシート） その他（）

ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化 なし あり
 ()

認知機能の状況

みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か
見守ってもらうことなく過ごすことができる 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる
半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる
常にみまもりが必要である

見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか
年月日はわかる 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる
場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる
自分の名前がわからない

近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか
常に覚えている たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる
思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出せる きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない
忘れたこと自体を認識していない

遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか
自由に操作できる チャンネルの順送りなど普段している操作はできる
操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない
リモコンが何をやるものかわからない

過去半年間における入院 なし 不明
あり（頻度：0回 1回 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等
 介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等
 同封の書類をご確認ください。 居宅サービス計画(1)～(3) アセスメントシート（フェイスシート） その他（）
 ペット飼育の有無：あり なし
 特記事項：

10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付
 住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て。 居室_____階。 エレベーター（あり なし）
 特記事項：

在宅生活に必要な要件

世帯に対する配慮 不要 必要（）

退院後の支援者 家族の支援が見込める（十分・一部） 家族以外の支援が見込める（十分・一部）
支援は見込めない 家族や家族以外の支援者はいない

退院後の主介護者 本シート2に同じ 左記以外（氏名： 続柄： 年齢：）

家族や同居者等による虐待の疑い なし あり（）

特記事項

11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加 希望あり 希望なし
 具体的な要望（）

「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 希望あり 希望なし
 具体的な要望（）

退院・退所情報記録書

平成 21 年 3 月 13 日老振発 0313001 号
厚生労働省老健局振興課長通知
居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に
係る様式例の提示について
(令和 6 年 3 月 15 日一部改正)

記入日： 年 月 日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)				
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日								
	入院原因疾患(入所目的等)								
	入院・入所先	施設名	棟	室					
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()							
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()							
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず							
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()						UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)				義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良					入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()						<input type="checkbox"/> 眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()							
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
	<本人> 退院後の生活に関する意向								
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方								
	<家族> 退院後の生活に関する意向								

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()						
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)				
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
症状・病状の予後・予測								
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		<small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>						
在宅復帰のために整えなければならない要件								
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席	
1	年 月 日						無・有	
2	年 月 日						無・有	
3	年 月 日						無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

※リハビリテーション総合実施計画書として使用する場合はリハビリテーション総合実施計画書の面も記載すること。

Header information table including patient name, gender, age, diagnosis, and start dates for symptoms, surgery, and rehabilitation.

心身機能・構造（※該当する項目のみ記載すること。客観的評価も記載すること。）

Main assessment table with columns for physical/psychological functions and structures, listing various conditions like consciousness, breathing, circulation, and sensory functions.

基本動作

Table for basic activities of daily living, including sitting, standing, and walking, with checkboxes for independence and assistance levels.

日常生活活動（動作）（実行状況）（※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載すること。）

使用用具及び介助内容等

Large table for tracking daily activities and FIM/BI scores. Includes sub-sections for self-care, movement, and cognition with columns for 'before' and 'current' scores.

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

Nutrition assessment section including body measurements, intake methods, and evaluation of nutritional status.

口腔（※回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

Oral care assessment section including denture use and oral hygiene.

社会保障サービスの申請状況（※該当する場合は記載すること。）

Table for social security service application status, including categories like nursing care, physical disability, and mental disability.

Goals section for the rehabilitation plan, including target dates and specific goals for patient care.

Treatment plan section detailing the specific rehabilitation interventions to be implemented.

作成医療機関及び担当者（いずれも記名で差し支えない。医師以外の職種については、リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成する場合、作成に関わったものについて記名すること。）

医療機関名称（連絡先等） リハビリテーション科医 主治医

理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 看護師 社会福祉士 管理栄養士

リハビリテーション総合実施計画書

※ リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合はこの面も作成すること。以下、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を合わせて「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。

これまでのリハビリテーション実施歴・実施状況、障害の受容及び本人・家族の希望等の状況 (※ リハビリテーション開始時はリハビリテーション実施歴は記載不要。簡潔に記載すること。)

参加(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

参加・活動等の目標に向けた具体的なアプローチ

居住場所
 ー 自宅 戸建 マンション 施設 その他 ()

復職
 ー 現職復帰 配置転換 転職 不可 その他 ()

ー 通勤方法の変更

就学・復学・進学
 ー 可能 就学に要配慮 転職 不可 その他 ()

ー 療育・通学先 () 通学方法の変更 ()

家庭内役割 ()

社会活動 ()

趣味 ()

活動(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など)
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖等 環境設定 ()

屋内移動
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖・車椅子等 ()

屋外移動
 ー 自立 介助 非実施
 ー 装具・杖・車椅子等

自動車運転
 ー 自立 介助 非実施
 ー 改造 ()

公共交通機関利用
 ー 自立 介助 非実施
 ー 種類 ()

排泄(移乗以外)
 ー 自立 介助 (下衣操作 拭き動作 カテテル)
 ー 種類 (洋式 和式 その他 ())

食事
 ー 自立 介助 非実施
 ー 箸 フォーク等 胃ろうまたは経管
 ー 食形態 ()

整容
 ー 自立 介助

更衣
 ー 自立 介助

入浴 自立 介助
 ー 浴槽 シャワー
 ー 洗体介助 移乗介助

家事
 ー 全て実施 非実施 一部実施 ()

書字
 ー 自立 利き手交換後自立 その他 ()

PC・スマートフォン・ICT
 ー 自立 介助

コミュニケーション
 ー 自立 介助
 ー コミュニケーション機器 文字盤 他者からの協力

同居家族・介助者等の情報(※ 必要な場合は記載すること。)

住環境(※ 福祉用具の導入や住宅改修等のために必要な場合は記載すること。)

以下は回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している場合に必要に応じて記載すること。
 ・退院前訪問指導の必要性 ()
 ・外出・外泊等の計画 ()

運動量増加機器加算を算定する(※ 加算の算定を行う場合はチェックを入れ、以下を必ず記載すること。)

適応疾患 ()
 適応箇所 上肢 下肢
 発症年月日 (年 月 日)
 運動障害に関する所見

使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定

嚥下状態等(※ 摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は必ず記載すること。その他嚥下状態に問題がある場合も記載することが望ましい。)

経口摂取状態 Functional Oral Intake Scale (FOIS)

1 2 3 4 5 6 7

自宅等での食事の留意点

評価内容、指導内容及び摂食嚥下支援計画等

本人・家族への指導内容(自主トレ含む)、病棟生活における訓練のポイント等

介護保険サービス又は障害福祉サービスとの連携(※ 介護保険のリハビリテーション又は障害福祉サービスの生活介護等の利用が予定されている場合は記載すること。)

介護保険のリハビリテーションサービスの紹介の必要性 障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)等の紹介の必要性
 (利用予定又は情報提供を行った事業所名、引継内容として特記すべきこと等)

退院後の生活の留意点、退院後のリハビリテーションの必要性(※回復期リハビリテーション病棟入院料等及びリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は可能な限り記載すること。)

その他、リハビリテーションの計画に関連する事項(自由記載欄)(※ 必要に応じてリハビリテーションを実施する上で必要な項目を記載すること。)

(必要に応じて、本欄に、排尿自立支援加算における包括的排尿ケア計画や摂食嚥下機能回復体制加算における摂食嚥下支援計画を記載して差し支えない。)

リハビリテーション計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日: 西暦 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) 要支援 要介護

リハビリテーション担当医: 担当: (PT OT ST 看護職員 その他従事者)

■本人・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようにになりたい生活の希望、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: 発症日・受傷日: 年 月 日 直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

合併症:

脳血管疾患 骨折 誤嚥性肺炎 うっ血性心不全 尿路感染症 糖尿病 高血圧症 骨粗しょう症 関節リウマチ がん うつ病 認知症 褥瘡

※上記以外の疾患 → 神経疾患 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ()

コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、頻度、量等):

目標設定等支援・管理シート: あり なし 障害高齢者の日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項 (改善の見込み含む)
筋力低下	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感覚機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ()	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害 (BPSD)	あり	あり	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験			
<input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	自立		
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-コミュニケーション			
の状況			

■活動 (基本動作)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
寝返り	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
食事	10 (自立)	10 (自立)	
イスとベッド間の移乗	15 (自立)	15 (自立)	
整容	5 (自立)	5 (自立)	
トイレ動作	10 (自立)	10 (自立)	
入浴	5 (自立)	5 (自立)	
平地歩行	15 (自立)	15 (自立)	
階段昇降	10 (自立)	10 (自立)	
更衣	10 (自立)	10 (自立)	
排便コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
排尿コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標 (今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針 (今後3ヶ月間)

■本人・家族への生活指導の内容 (自主トレ指導含む)

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

(終了の目安となる時期: ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 西暦 年 月 日

特記事項:

■活動(IADL)				
アセスメント項目	開始時	現状	特記事項	評価内容の記載方法
食事の用意				0: していない 1: まれにしている
食事の片付け				2: 週に1~2回 3: 週に3回以上
洗濯				0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
掃除や整頓				
方仕事				
買物				
外出				
屋外歩行				
趣味				
交通手段の利用				
旅行				
庭仕事				
家や車の手入れ				0: していない 1: 電球の取替、ねじ止め等 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 2に加え、家の修理、車の整備
読書				0: 読んでいない 1: まれに 2: 月1回程 3: 月2回以上
仕事				0: していない 1: 週1~9時間 2: 週10~29時間 3: 週30時間以上
合計点数				

■環境因子(現状について記載する)	
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階 () 階 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 玄関前の段差 <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食事: <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす <input type="checkbox"/> その他 排せつ: <input type="checkbox"/> 洋式トイレ <input type="checkbox"/> 和式トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 睡眠: <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 その他 ()
自宅周辺	
外出手段	
他サービスの利用	
福祉用具の利用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 介護用ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> シャワーチェア

■社会参加の状況(家庭内の役割、余暇活動、社会地域活動等)	

■活動・参加に影響を及ぼす課題の要因分析	
① 活動と参加において、重要度の高い課題(これまでの現状から抽出)	
①の課題に影響を及ぼす機能障害(改善の可能性が高いものにチェック)	①の課題に影響を及ぼす機能障害以外の因子(調整を行うものにチェック)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■要因分析を踏まえた具体的なサービス内容					
訪問・通所頻度 ()、利用時間 ()					
No.	解決すべき課題	期間	具体的支援内容	頻度	時間
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと					
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと					
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと					
				週 回	分/回
				週 回	分/回
				週 回	分/回
※ 日常生活で本人、家族が実施すべきこと					

他事業所の担当者と共有すべき事項

介護支援専門員と共有すべき事項

その他、共有すべき事項 ()

※下記の☑の職種や支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
 【情報提供先】 介護支援専門員 医師 その他に利用している介護サービス () ()

■ リハビリテーション開始時から比較して、改善した・出来るようになった活動と参加(継続時に記載)	

■ 診療未実施減算 ※ (介護予防)訪問リハビリテーションに限る	
診療未実施減算の適用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (⇒ありの場合) 情報提供を行った事業所外の医師の適切な研修 <input type="checkbox"/> 修了済 <input type="checkbox"/> 受講途中 <input type="checkbox"/> 未受講