**【様式１-１】**

|  |
| --- |
|  |
| **性　別** | 　　　　男性　　・　　女性 | **年齢** | 　　　　　　　　　歳 |
| **疾患名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病歴：　　　　　　年 |
| **制　度** | 　指定難病認定　：　なし・あり　　　　　　要介護認定：なし・あり（　　　　　　　　）　　身体障害者手帳：　なし・あり |
| **家族状況****介護状況****・****社会的背景** | ＜家族状況・介護状況＞＜就労や活動の状況＞＜居住環境＞　 |
| **経過の要約** |  |
| **身体症状****生活状況** | ＜原疾患による症状＞＜その他の症状＞＜ADL/生活状況＞栄養：排泄：清潔：活動：＜医療処置＞  |
| **精神状況** | ＜本人＞＜家族＞ |
| **療養環境支援体制** | ※当てはまるものに○専門医療機関定期受診　・　地域かかりつけ医　・　　保健師　　・　介護支援専門員訪問看護　・訪問介護または居宅介護　　・　　重度訪問介護　・　通所リハビリテーション　・　訪問リハビリテーション­­その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**事例の概要：情報整理シート**