**【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**