

# 在宅カルテ(記入例:要支援) 様式1-1

様式1は担当  
ケアマネジャー  
が全て記入する

	性別	女	生年月日	S〇年〇月〇日	88歳
緊急連絡先	〇〇〇	TEL	092-〇〇〇-〇〇〇〇		
介護度	要支援1 H24/5/〇~	寝たきり度	J2	認知度	自立
事業所	〇第〇〇いきいき+		担当ケアマネジャー	〇〇〇〇	
TEL	092-000-0000		FAX	092-〇〇〇-〇〇〇〇	
かかりつけ医	氏名	医療機関		患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する	
	TEL	FAX			
備考	難治性下腿潰瘍の処置、フットケア				

緊急連絡先は緊急時に優先して連絡すべき家族の連絡先を記入する

患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療	23/8/18~	〇〇クリニック	000-0000	000-0000	●●	隔週(水)11:00~
	23/11/24~	〇〇整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	1回/月
訪問看護	23/12/24~	〇〇訪看				毎(火)11:00~12:00
訪問介護	訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する	テーシヨン	000-0000	000-0000		訪問診療やサービスを提供する予定の曜日や時間を記入する
デイケア						
デイサービス	23/12/15~ 23/12/22	〇〇デイサービスセンター	000-0000	000-0000	●●	毎(火、木、金)
ショートステイ	21/10/12~	〇〇ショートステイ	000-0000	000-0000	●●	
訪問リハ	23/11/24~	〇〇整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	毎(火)11:00~12:00

訪問診療やサービスを提供している担当者名を記入する

訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する

訪問診療やサービスを提供する予定の曜日や時間を記入する



# 在宅カルテ(記入例:要介護)

様式1-1

様式1は担当  
ケアマネジャー  
が全て記入する

性別	女	生年月日	T〇年〇月〇日	91歳	
TEL	092-000-0000	TEL	092-000-0000		
緊急連絡先	二女 〇子 090-000-0000				
介護度	要介護4 H24/1/〇~	寝たきり度	C1	認知度	Ⅲa
事業所	〇〇居宅介護支援事業所	緊急連絡先は緊急時に優先して連絡すべき家族の連絡先を記入する	ケアマネジャー	〇〇〇〇	
TEL	092-000-0000 (携帯)	FAX	092-000-0000		
かかりつけ医	氏名	〇〇	医療機関	Aクリニック	
	TEL	092-000-0000	FAX		
備考	胃瘻あり経管栄養			患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する	

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療	23/8/10~	Aクリニック	000-0000	000-0000	●●、▲▲	隔週(水)14:00~
	23/11/14~	B整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	1回/月(水)13:55~
訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する		C皮膚科クリニック	000-0000	000-0000	●●	1回/月 第3(水)
		D眼科クリニック	000-0000	000-0000	●●	1回/月
訪問看護	24/5/24~	〇〇訪看ステーション	000-0000	000-0000	●●、▲▲	(月)12:30~30分 (金)12:30~1H 水)12:00~30分
訪問介護	24/5/24~	〇〇ケアセンター	000-0000	000-0000	●●	(金)14:00~1H
デイサービス	22/2/15~ 23/12/5	××サービスセンター	000			(火、木、金) →現在終了
訪問リハ	23/11/24~	B整形外科クリニック	000-0000	000-0000	●●	(火)11:00~12:00
福祉用具	24/5/24~	〇〇福祉用具	000-0000	000-0000	●●	要請時 徘徊感知器離床センサー 特殊寝台
訪問入浴	24/3/7~	〇〇訪問入浴	000-0000	000-0000	●●、▲▲	
ショートステイ	21/10/12~	〇〇ショートステイ	000-0000	000-0000	●●	
	21/12/10~	××ショートステイ	000-0000	000-0000	●●	

