（様式第14号）

症例要約

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 口頭で伝えてください | 年齢 |  |
| 診断名 |  | 障害名 |  |
| 発症日 |  | 入院(所)/利用開始日 |  |
| 現病歴 |  | | |
|
| 既往歴 |  | | |
| 社会的背景 |  | | |
| 入院前ADL |  | | |
| 本人（家族）の希望 |  | | |
| 現在のチーム  メンバー | □医師　　　　□看護師　　　　□介護福祉士　　　　□薬剤師　　　　□理学療法士  □作業療法士　　 　　□言語聴覚士 　　 　　□社会福祉士　 　□管理栄養士  □歯科衛生士　　 　 　□介護支援専門員（障害者相談支援専門員）  □サービス提供事業所　　 　□精神保健療福祉士　 　　　 　□その他 | | |
| チーム間の  方向性 |  | | |
| あなたの  短期目標 |  | | |
| あなたの  長期目標 |  | | |
| 各種評価 | | | |