

入院時情報提供書

記入日： 年 月 日

入院日： 年 月 日

情報提供日： 年 月 日

医療機関

事業所名 ()

在宅

施設

医療機関名： _____

記載者名 _____

ご担当者名： _____

TEL： _____

FAX： _____

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	***
		生年月日	***	年 月 日	生
住 所	〒	電話番号			
住環境	住宅の種類 (***)、 __ 階建、エレベーター (***)	家族構成			
	特記事項 ()				
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"/> その他 () ※ <input type="checkbox"/> 日中独居	本人 配偶者(__)歳			
キーパーソン	様 (続柄)				
主介護者氏名	様 (続柄)				
入院時の要介護度	***	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			
障害高齢者の日常生活自立度	***	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	***	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __ 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	***		
年金などの種類	***				
経済状況	円 / 月				
医療保険	***				

2. 本人/家族の意向について

生活略歴	
本人の趣味・興味・関心領域等	
入院前の本人の生活に対する意向	
入院前の家族の生活に対する意向	

3. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 居宅 () <input type="checkbox"/> 施設 (入所日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	--

4. 今後の生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

今後の生活	***
在宅生活に必要な要件	
リハビリの希望	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 () ※ <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート1に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢)
介護力※	***
家族や同居者等による虐待の疑い※	***
特記事項	

5.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		***	褥瘡の有無	***
A D L	移動	***	移動（室内）	***
	移乗	***	移動（屋外）	***
	更衣	***	起居動作	***
	整容	***		
	入浴	***		
	食事	***		
食事内容	食事回数	()回/日 (朝: __ 時頃 昼: __ 時頃 夕: __ 時頃)		食事制限 ***
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下困難食(学会基準) <input type="checkbox"/> ミキサー		
	摂取方法	***	水分とりみ ***	水分制限 ***
口腔	嚥下機能	***	義歯	***
	口腔清潔	***	口臭	***
排泄※	排尿	***	オムツ	***
	排便	***	パット	***
	ポータブルトイレ	***	リハビリパンツ	***
睡眠の状態		***	眠剤の使用	***
喫煙		***	飲酒	***
視力 聴力 言語 意思疎通	視力	***	眼鏡	***
	聴力	***	補聴器	***
	言語	***	コミュニケーションに関する特記事項：	
	意思疎通	***		
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
疾患歴※		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院歴※	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	入院頻度	***		
入院前に実施している医療処置※		<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 ()		

6.お薬について 《お薬手帳参照》

内服薬	***	居宅療養管理指導	***
薬剤管理	***	(退院後の管理者： 管理方法：)	
服薬状況	***		
お薬に関する、特記事項			

7.かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名		診療方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度： 回/月
かかりつけ歯科		電話番号	
かかりつけ薬局		電話番号	

※＝診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連