

入院時情報提供書

* FAXで情報提供する場合は個人情報を消すこと

入院日:平成 年 月 日

作成日:平成 年 月 日

御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

★サービス計画書の添付(有・無)

ふりがな					性別	生年月日			
氏名					男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)			
住所	TEL				家族構成 同居家族は○で囲む 【★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性】				
緊急連絡先	続柄()TEL 自宅 携帯								
	続柄()TEL 自宅 携帯								
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式)								
経済状況	年金 有()・無 () その他() 生活保護(担当ケースワーカー:)				備考欄(家族状況)				
要介護度	総合事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 有効期間:平成 年 月 日~平成 年 月 日 [被保険者番号:]				申請中(新規・更新・区分変更)				
障害等認定	身障(種別: /)級・精神()級・療育(有(A・B)・無)・原爆・指定難病()								
かかりつけ医	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先				(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先				
	既往歴・治療状況・服薬状況 [薬剤情報書の添付(有・無)]				感染症: 無・有() アレルギー: 無・有()				
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> その他(内容:)								
	自立	見守り	一部介助	全介助	備考				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・トロミ 経管栄養 箸・スプーン・自助具				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外出				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)				
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー				
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗濯				
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	掃除				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(シャワー・清拭) 自宅(浴室)・訪問入浴・通所系サービス				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金銭管理				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル オムツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	視力 普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己管理の状況				
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル				言語 支障なし・はっきりしない・話せない				
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()				理解 支障なし・やや困難・できない				
					睡眠 良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)				
					認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力				
					運動機能 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他				
その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点等)									
情報提供事業所名					担当ケアマネジャー				
TEL					FAX				

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

(H30.4 作成)