

入院時情報提供書

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名： _____
ご担当者名： _____ 様

事業所名： _____
ケアマネジャー氏名： _____

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。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について					
患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
住所	〒 _____			電話番号	_____
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	階建て・居室	階	エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院時の要介護度	特記事項 (_____)				
	<input type="checkbox"/> 要支援 (_____) <input type="checkbox"/> 要介護 (_____)	有効期間： _____ ~ _____			
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日： _____) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日： _____)	<input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<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"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
2. 家族構成/連絡先について					
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 _____ 名) <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
主介護者氏名	(続柄： _____) (年齢 _____ 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL	_____	
キーパーソン	(続柄： _____) (年齢 _____ 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL	_____	
3. 本人/家族の意向について					
本人の趣味・興味・関心領域等	_____				
本人の生活歴	_____				
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
4. 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	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)					
在宅生活に必要な要件	_____				
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 _____ 名) <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (_____)				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳)				
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)				
特記事項	_____				
6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)					
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり				
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 (_____)				
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり				

* = 診療報酬 入退院支援加算 1・2 の「退院困難な患者の要因」に関連

様式1-2

7. 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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()				
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他()		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他()		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
食 事 内 容	食事回数	()回/日(朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)					食事制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他()		UDF等の食形態区分			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他()		UDF等の食形態区分			
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()			水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口 腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)						
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			口臭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
排 泄 *	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()					眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()本くらい/日			飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()合くらい/日あたり							
コ ミュ ニ ケー ション 能 力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		コミュニケーションに関する特記事項: _____								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難										
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"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <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"/> 不明										
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めての入院 <input type="checkbox"/> あり(医療機関: _____ 入院理由: _____ 期間: _____ から)										
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()											
8. お薬について ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付												
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					在宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)					
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: _____ 管理方法: _____)											
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否											
お薬に関する、特記事項												
9. かかりつけ医について												
かかりつけ医機関名						電話番号						
医師名	(フリガナ)					診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度 = ()回 / 月					

* = 診療報酬 入退院支援加算 1・2 の「退院困難な患者の要因」に関連