

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: 〇〇〇〇病院
ご担当者名: 〇〇 〇〇様 様事業所名: 〇〇〇ケアプランセンター
ケアマネジャー氏名: 〇〇 〇〇

TEL: 〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇-〇〇〇〇

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) 〇〇 〇〇〇	年齢	70 才	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	〇〇 〇〇〇	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号			電話番号	0956-00-0000
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	2 階建て ・ 居室 1 階	エレベーター	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	特記事項 (玄関先階段、駐車場からも階段有、手すりの設置はできている)				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1)		有効期間: 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日		
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日:) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日: 〇〇年〇〇月〇〇日) <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の 自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> / 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 難病	
年金などの種類	<input checked="" 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 checked="" 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	〇〇 〇〇〇 (続柄 夫)	(年齢 80 歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
キーパーソン	〇〇 〇〇〇 (続柄 長女)	(年齢 52 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	TEL	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	庭木の手入れ
本人の生活歴	〇〇市生まれ、30歳の時の婚姻、専業主婦。1女を設ける。65歳頃から認知症状が見られ通院治療。
入院前の本人の 生活に対する意向	自宅で過ごしたい。 <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	体調がよい時が続くと良い、気分転換に外に出てほしい。 <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	情緒の安定・生活への意欲
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
退院後の主介護者	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項	同居の夫が身の世話をしている。

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 checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 (退院後の通所利用時の留意点・在宅生活上の指導)
「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 入院支援加算 1・2 の「退院困難な患者の要因」に関連

おもて: 厚生労働省 様式

様式 1-2 (記入例)

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()				
A D L	移動	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他()	
	移乗	<input checked="" 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(室外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他()	
	更衣	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	食事	<input checked="" 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	(3) 回/日 (朝 8 時頃・昼 12 時頃・夜 18 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明		
	食事形態	主食	<input checked="" 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		容易にかめる	
		副食	<input checked="" 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		容易にかめる	
摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()			水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり()	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)			
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良		口臭	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時		
	排便	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 常時		
睡眠の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
喫煙	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 本くらい/日			飲酒	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(医療機関: 入院理由: 期間: から)									
	入院頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めての入院									
入院前に実施している医療処置*	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり(○○○○○○)	在宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 長女 管理方法: 毎食分一緒に小さな皿に準備する)		
服薬状況	<input checked="" 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	○○病院	電話番号	○○-○○○○
医師名	(フリガナ) ○○ ○○○医師	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度 = (1) 回 / 月