

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"/> 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、「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
	特記事項(_____)				
入院時の要介護度	<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	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				

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 ()	
ADL	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"/> あり(医療機関: 入院理由: 期間: から) <input 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*	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()	居宅療養管理指導	<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	診察方法・頻度
(フリガナ)	<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