

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	

事業所名			
ケアマネジャー名			
TEL		FAX	

フリガナ					
氏名	様	性別		生年月日	年 月 日 (歳)
住所				TEL	
入院歴	最近の入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ()病院	
	頻度	<input type="checkbox"/> 頻度高い/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			
既往歴					
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <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"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <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 ()				
かかりつけ医について	医療機関			医師名	
	診療方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 頻度 () 回/月			
お薬	内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局 ()			
	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 (管理者: 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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
介護保険	<input type="checkbox"/> 介護度 () 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (区分日 /) <input type="checkbox"/> 未申請 割合 ()				
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				
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 BPSD <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
上記 日常生活自立度の判断	<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー				
障害認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)		障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 申請中 /)	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 日中独居				
家族との関係					
介護者	主介護者氏名	() 関係 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 TEL			
	キーパーソン氏名	() 関係 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 TEL			
意向	本人入院前の意向				
	家族入院前の意向				同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
退院後	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 主介護者氏名 ()				
入院前サービス利用	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> インフォーマルサービス ()				

状 況					備 考		
動作	寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えれば可	<input type="checkbox"/> できない			
	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		
	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない			
	補助具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他 ()		
栄養	栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水とろみ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	形態	<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		
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	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			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他	
更衣清潔	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 特浴	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
認知	物忘れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	本人自覚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<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	<input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<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				
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	本人自覚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 講話障害			
その他	視力	<input type="checkbox"/> 問題無	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題無	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
外出	外出頻度	<input type="checkbox"/> 週2回以上	<input type="checkbox"/> 週1回	<input type="checkbox"/> 月2~3回	<input type="checkbox"/> 無		
	外出目的	<input type="checkbox"/> サービス利用	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 趣味	<input type="checkbox"/> その他		
(特記事項)							
個人情報提供について同意		ケアプラン添付		退院時連絡希望			
<input type="checkbox"/> 有		() 枚		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由:)			