

入院時情報提供シート

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 ⇒ 医療機関)

<情報提供元>

情報提供先	病院 様
-------	---------

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

退院予定が決まりましたら、早めにご連絡いただきますようお願いいたします【入院日 年 月 日】

ふりがな			生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別			
氏名			住所									
緊急時 連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号							
既往歴												
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () 金銭管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()											
家族構成図・家族背景			住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性	在宅主治医 (歯科医含)		医療機関名 () () () 受診方法 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他()									
	要介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 有効期間 年 月 日～ 年 月 日									
	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度		サ - ビ ス 利 用 状 況							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(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 () <input type="checkbox"/> 施設入所(施設名:)											
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	分かる範囲で記載する (年 月 日時点)							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				自宅	<input type="checkbox"/> 有 (階) <input type="checkbox"/> 無		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				ベッド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 摂取量 (
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
					副菜: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)							
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス							
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ・リパパン		自宅トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他()										
療養上の 問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()										
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()										
連絡事項・その他 (感染症・障害者手帳・手当受給状況・生活状況・家族状況・意向等や、上記チェック項目についても詳細を追加する必要があるれば記載。)												