

【入院時情報提供書（居宅介護支援事業所→医療機関）】※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様（記入日：H____年____月____日 入院日：H____年____月____日）

基本情報	フリガナ		性別	生年月日		年齢
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M・T・S ____年____月____日		____歳
	住所					家族状況
	キーパーソン	() (TEL)				T
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()				
生活歴						
入院歴	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (H____年____月____日～____年____月____日) (原因疾患)				
入院前の状況	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	() <input type="checkbox"/> 経管栄養		
	入院前の生活上の困りごと	(本人の生活面の困りごと)	(家族の介護上の困りごと)	(住環境/用具使用上の課題)		
		<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付				
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)				
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す				
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (____リットル/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡				
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼				
	主治医	機関名			医師名	
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度:)			(TEL)	
歯科	機関名				<input type="checkbox"/> 訪問歯科	
薬局	機関名				<input type="checkbox"/> 訪問薬剤	
訪問看護	事業所名	(TEL)				
リハ職	事業所名	(TEL)		リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名				<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (1～3) を添付	
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安					
	(家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない (本人次第) <input type="checkbox"/> 不安					
退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題						
事業所名				担当者名		
所在地	(TEL)			(FAX)		