

【入院時情報提供書 居宅介護支援事業所→医療機関（転院先も含む）】

※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。
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

肺炎で入院した方の
 の記入例

病院担当者様

(記)

予定入院の際も、本情報提供書をご使用ください。

11日 入院日: 2018年3月11日

基本情報	氏名	滋賀 花子 様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	1928年11月16日	年齢	89歳
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇				
	キーパーソン	滋賀 一郎 様 (長男) (TEL) □□ - △△ - 〇〇〇				
	緊急時連絡先	滋賀 清美 様 (長男の妻) (TEL) ■■ - ▲▲ - ●●●				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)				
入院歴	有効期間	2017年4月1日 ~ 2019年3月31日				
	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2017年11月7日 ~ 2017年12月18日 (原因疾患) 脳梗塞				
入院前の状況	生活歴 (家族関係含む)	夫を早くに亡くし、工場で60歳まで勤務し、二人の子どもを育て上げられる。息子家族にはできるだけ迷惑をかけたくないと、一人暮らしを頑張ってきた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。(息子家族とは関係が良いが、県外で仕事が多忙。)				
	家族状況	独居 主 				
	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	<特記事項> 杖歩行。転倒のリスクが高いため必要に応じて見守りや軽く身体を支える介助をおこなっています。			
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	デイサービスの送迎時など外出の際には、車いすを使用し、スタッフが介助をおこなっています。			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	身体の方角転換時に支える介助が必要です			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない	デイサービスで週2回入浴されています。できるところは自分で洗身されており、背中や足先、洗髪などは介助をしています。			
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ	デイサービスではトイレ、自宅ではポータブルを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用しています。夜間に失禁されることがあります。			
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 食事形態 (普通)	お茶でむせることが時々ありますが、食欲はあり自力摂取されています。			
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input checked="" type="checkbox"/> 点眼	薬の飲み忘れがあり、一包化した上で、お薬カレンダーを使用しています。			
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () /分 <input checked="" type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡				
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" 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				
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	入院前の生活上の困りごと	(本人の生活面の困りごと) トイレに行きたいが、足の力が落ちて歩けない。お茶でむせることが多い。青魚でじんましんが出てかゆくなる。	(家族の介護上の困りごと) 最近こけるが増えてきた。目が見にくいのか、インシュリンをうまく打てなくなってきた。	(住環境/用具使用上の課題) 居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車いすは使えない。 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付		
主治医	機関名 〇〇医院 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: 月1回)		医師名 大津タロウ 医師 (TEL) △△△ - ●●● - ◆◆◆◆			
歯科	機関名		(TEL)			
薬局	機関名 〇〇薬局		(TEL) □□□ - ●●● - ▲▲▲▲			
訪問看護	事業所名 〇〇訪問看護ステーション		(TEL) 〇〇〇 - ●●● - ■■■■			
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 checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付 月・木: 訪問介護 火・金: 通所介護 水: 訪問看護 〇〇福祉用具事業所					
福祉用具	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ()					
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input checked="" 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 checked="" 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課題	トイレへの移動が、生活上の大きな支障になると思われます。動線部分には15cm程度の段差があり、車いすも使えないため、杖歩行が10m程度でき、かつ15cmの段差が越えられるようご配慮いただければ幸いです。(退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に専門職に配慮いただきたい内容を記載します。あくまで、ゴール設定をおこなうのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供します)					
事業所名	〇〇〇ケアプランセンター		担当者名 高島 和江			
所在地	彦根市〇〇町〇〇〇		(TEL) 〇〇〇 - ●●● - ■■■■ (FAX) □□□ - ●●● - ▲▲▲▲			