

入院時情報提供書<在宅版>

介護支援専門員 ⇒ 病院

記入日 年 月 日 / 入院日 年 月 日 / 情報提供日 年 月 日

医療機関名: ご担当者名:	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、 年 月 日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

ふりがな	生年月日	明 □ 大 □ 昭 □ 平 □ 令	年齢	性別	男 □ 女 □
氏名	住所	電話番号	続柄	電話番号	
緊急時連絡先	氏名	住所	電話番号		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> 身元保証制度を利用 <input type="checkbox"/> 後見人制度を利用				
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				
障害・難病の認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級) <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
家族構成図	かかりつけ医	医療機関名	電話番号	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
主・主介護者 ☆キーパーソン ○女性 □男性	かかりつけ歯科医	医療機関名	電話番号	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問歯科	
	かかりつけ薬局	薬局名	電話番号		
	既往歴				
生活歴(職歴、趣味等)	入院歴	過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度 回) 直近の入院の期間 年 月 日 ~ 年 月 日 入院の理由()			
	介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 申請日(/) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 負担割合()割 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)			
	ペットの飼育の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
サービス利用状況・サービス事業所名	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)() <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)() <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週、うち医療保険 回/週)() <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)() <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)() <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月)() <input type="checkbox"/> 施設入所() <input type="checkbox"/> 福祉用具(内容:) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> その他()				
お薬について	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 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:)			
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input type="checkbox"/> 全介助			
	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			
	薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名()			
特記事項					
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		意思疎通 <input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である		
聴力	<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				
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
住環境	住居の種類	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 居室 階 エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	在宅生活に必要な要件				
特記事項					
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない				
	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				

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	屋内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用
	屋外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> なし 嚥下障害: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂食方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <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(食))
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他() 水分: <input type="checkbox"/> とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事形態連携一覧
					副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(コード <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)
					食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
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(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 日常 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)				
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎) <input type="checkbox"/> その他()				
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"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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				
認知機能の状況	みまもりの必要性:日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である				
	見当識:現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前がわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない				
	近時記憶:身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに(週1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない				
	遂行能力:テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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()				
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()				
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない(<input type="checkbox"/> 本人から話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)			
	※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載				
	本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(書類)			
	話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名: 続柄:) (氏名: 続柄:) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他()			
本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※					
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容				
特記事項	(患者の性格・経済的問題、ADLの追記、等)				

「退院前カンファレンス」への参加 希望あり 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 希望あり