

【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 ( )						
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)						
入院前の生活	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						
	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 (排泄方法) <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						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事	<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"/> 普通 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
困りごと	入院前の生活上の困りごと	(本人の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題)		
認知	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"/> 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						
処置等	処置	<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						
医療支援体制	主治医	機関名				医師名		
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度: ) (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	訪問歯科	機関名				(TEL)		
	訪問看護	事業所名				(入院前の訪問看護) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (緊急時訪問対応) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
薬局	(TEL)							
週間計画		日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							
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						
	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								
連絡先	TEL: ( )	-	FAX: ( )	-				

□裏面に住環境（玄関、居室、トイレ、お風呂、トイレやお風呂までの移動部分等）がわかる写真や見取り図を添付しています。