

入院時情報提供シート (色付きセルは選択式) 裏面あり

作成日： 年 月 日 提供日： 年 月 日 入院日： 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	

ふりがな 氏名	-----	生年月日	元号	年	月	日	年齢	歳	性別
------------	-------	------	----	---	---	---	----	---	----

住所	〒		電話番号	
----	---	--	------	--

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号	
		〒		自宅	
				携帯	
		〒		自宅	
			携帯		

家族構成図	住環境	集合住宅の場合→	階	寝室： 階	エレベーター：
-------	-----	----------	---	-------	---------

主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性 (手書きでも介護計画用のシートの図をコピー利用してもらってもよいです)	住環境	住宅改修の有無：	改修箇所：
	住環境課題		

	心身の状況 (疾患・病歴等)	
	生活歴、生活習慣等	
	その他連絡事項 (家族、生活困窮、虐待、等)	

かかりつけ医	機関名		直近の意見書を記載した医師名	
	受診形態	居宅療養管理指導の算定		TEL
かかりつけ歯科医	機関名			TEL
	受診形態	居宅療養管理指導の算定		特記事項
かかりつけ調剤薬局	調剤薬局名			TEL
	算定等			特記事項
その他受診医療機関	機関名			TEL
	機関名			TEL
訪問看護	事業所名			TEL
	利用頻度		特記事項	

要介護度	申請状況：		介護度：	
	申請日 (年 月 日)	有効期間 (年 月 日～ 年 月 日)		

利用サービス	利用頻度・内容、事業所名等	利用サービス	利用頻度、内容、事業所名等

ADL	自立度	要支援は必要事項のみ記入					
移動方法		移動用具		特記事項			
口腔清潔		歯の状況		特記事項			
食事		食事内容		主食形態		副食形態	
		食思		トロミの要否			
		アレルギー		アレルギーの内容:			
		特記事項					
更衣		介護が必要な点					
入浴		方法		特記事項			
排泄		方法		用具		特記事項	
服薬		管理方法		薬物アレルギー		特記事項	
認知症状		特記事項					
療養上の問題		(具体的に選択)→					
		補足事項					
医療処置		(具体的に選択)→					
		補足事項					
日常生活に関する特記事項 (配慮が必要な点)							
特記事項							
○障害者手帳		※「有」の場合→ 障害名:			程度区分:		
○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)							
○特定疾患		※「有」の場合→ (疾患名)					
○身体機能(麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚疾患の有無など)							
○治療や退院後・在宅生活等についての希望(人生会議・救急搬送時の医療についても含む) (本人・家族の意向、かかりつけ医・在宅サービス側の方針、課題等)							
○入院に至る経緯							
○特記事項、上記項目の補足等							