

別紙1

入院時情報提供シート

記入日 年 月 日 情報提供日 年 月 日

事業所名		病院・診療所名	
担当者名		担当部署・担当者名	
電話番号		電話番号	
FAX番号		FAX番号	

ふりがな 氏名		生年月日	明大昭	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	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主・主介護者 ☆キーパーソン ○女性 <input type="checkbox"/> 男性	心身の状況	疾患名、病歴など
	生活歴、生活習慣等	
	その他連絡事項 (家族疎遠、生活困窮、虐待、住環境課題等)	

かかりつけ 医	医療機関名 ( )	直近の意見書を書いた 医師名
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 TEL	

かかりつけ 歯科医	医療機関名 ( ) TEL
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導

かかりつけ 調剤薬局	調剤薬局名 ( ) TEL
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 在宅患者訪問薬剤管理指導

その他受診 医療機関	医療機関名 ( ) TEL
	医療機関名 ( ) TEL

訪問看護	事業所名 ( ) TEL
	利用頻度 回 / 週

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
	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	利用サービス	内容
<input type="checkbox"/> 訪問介護	回 / 週	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	内容 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回 / 週	<input type="checkbox"/> その他	内容 ( )
<input type="checkbox"/> 通所介護	回 / 週	<input type="checkbox"/> その他	内容 ( )
<input type="checkbox"/> 通所リハ	回 / 週	<input type="checkbox"/> その他	内容 ( )
<input type="checkbox"/> 短期入所	回 / 週	<input type="checkbox"/> その他	内容 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回 / 週	<input type="checkbox"/> その他	内容 ( )

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

【裏面あり】

この情報は、 年 月 日現在のものです。

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<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・補助具使用	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯： <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯 <input type="checkbox"/> 無 残存歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分： <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー( <input type="checkbox"/> とろみ付)	
					食欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 食物アレルギー <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介護が必要な点：	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 一部一包化	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
認知症	<input type="checkbox"/> 自立		<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		特記事項( )	
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 ( )					
連絡事項・その他						
特記事項						
○障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度： )						
○障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について <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						
○特定疾患の有無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名： ) <input type="checkbox"/> 無						
○身体機能 (四肢麻痺、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)						
○退院後の希望 (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						
○その他						