

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 □・男性			住宅改修の有無: <input type="checkbox"/> 済 改修箇所: <input type="checkbox"/> 未改修	住環境課題
		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、生活困窮、虐待、等)		

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

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、事業所名等	利用サービス	利用頻度、内容、事業所名等
<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週 :	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	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/週 :	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週 :
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

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。

この情報は、 年 月 日現在のものです。

【裏面あり】

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"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
連絡事項 その他：					
<b>特記事項</b>					
○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					