

(様式1)

※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。

記入年月日 平成 年 月 日

入院時情報提供シート(ケアマネジャー⇒病院)

事業所名		➔	病院名	
担当者名	☎		連絡窓口・担当者名	☎

フリガナ氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年齢		歳
住所		電話		携帯				

連絡先	KP	氏名	続柄	住所	電話番号	備考

家族構成図 主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性 同居者:○囲い	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建 階) 自部屋 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 住宅改修 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 住宅環境上の問題 ()						
	在宅主治医 または専門医	医療機関名:					主治医名:	
		医療機関名:					主治医名:	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変) (月 日) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 負担割合 割						
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							

介護力	サービス 利用 状況	事業所名	サービス種別	頻度(利用曜日)

ADL等	自立	見守	一部	全介	状態等	具体的な状況
移動	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具					
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ちあがり <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食					
					主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取 (1日 ml) 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日 ml) とろみ剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入浴	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴					
排泄	<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					
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分) <input type="checkbox"/> 義歯なし					

服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

既往歴 (入通院歴)		内服薬	
---------------	--	-----	--

経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () 金銭管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

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"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	聴覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 視覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

連絡事項 特記事項	(日中の生活、在宅での目標、本人家族の思い、アレルギー、急変時・蘇生処置拒否(DNR)の対応など)
--------------	---