

記入日:  
入院日:  
情報提供日:

## 入院時情報提供書

医療機関

←

居宅介護支援事業所

医療機関名:  
ご担当者名:

事業所名:  
ケアマネジャー氏名:  
TEL:

FAX:

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者(患者)基本情報について			
患者氏名	(フリガナ) _____	年齢 _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日 _____	
住所	〒 _____		電話番号 _____
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類 ( <input type="checkbox"/> 戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅) _____ 階建て。居室 _____ 階。エレベーター ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 特記事項 ( _____ )		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間: _____ ~ <input type="checkbox"/> 申請中 ( 申請日 _____ ) <input type="checkbox"/> 区分変更 ( 申請日 _____ ) <input type="checkbox"/> 未申請		
障害高齢者の 日常生活自立度	<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	<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の 日常生活自立度	<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	<input type="checkbox"/> ケアマネの判断	
介護保険の 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害などの認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神・ <input type="checkbox"/> 知的)
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
2. 家族構成／連絡先について			
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) * <input type="checkbox"/> 日中独居		
主介護者氏名	(続柄 _____ 才)	( <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居)	TEL _____
キーパーソン	(続柄 _____ 才)	連絡先 TEL _____	TEL _____
3. 本人／家族の意向について			
本人の趣味・興味 関心領域など	_____		
本人の生活歴	_____		
入院前の本人の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(I)参照		
入院前の家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(I)参照		
4. 入院前の介護サービスの利用状況について			
入院前の介護 サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1. 2. 3表 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)			
在宅生活に 必要な条件	_____		
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 ( 家族構成員数 _____ 名 ) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( _____ )		
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 ( 氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 才 )		
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない		
家族や同居者等に よる虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____ )		
特記事項	_____		
6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)			
「院内の多職種カンファレンスへ」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり		
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 ( _____ )		
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり		

\*=診療報酬 退院支援加算1・2「退院困難な患者の要因」に関連

**7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )		
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
食事内容	食事回数	( ) 回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 )		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
排泄*	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 ( )	眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
喫煙		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	本くらい/日		飲酒		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	合くらい/日
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )		
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: )				期間: ~				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								

**8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付**

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: ) 管理方法: ( )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する特記事項			

**9. かかりつけ医について**

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
			頻度 = ( ) 回/月

\*=診療報酬 退院支援加算1・2「退院困難な患者の要因」に関連