

【入院時情報提供書 居宅介護支援事業所→医療機関（転院先も含む）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

病院担当者様 (記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日)

基本情報	フリガナ			性別	生年月日		年齢	
	氏名	様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		歳	
	住所						家族状況	
	キーパーソン	様 () (TEL)						
	緊急時連絡先	様 () (TEL)						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()						
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
生活歴 (家族関係含む)								
入院歴	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日 ~ 年 月 日 (原因疾患)						<input type="checkbox"/> 家族理解・支援配慮要(追加情報あり)
	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<特記事項>			
入院前の状況	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない						
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ						
		<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ						
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
		食事形態 ()						
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化						
		(外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼						
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (分/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡						
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)						
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す						
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	入院前の困りごと	(本人の生活面の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題)		
					<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付			
主治医	機関名				医師名			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度:)		(TEL)					
歯科	機関名				(TEL)			
薬局	機関名				(TEL)			
訪問看護	事業所名				(TEL)			
リハ職	事業所名				(TEL)	リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST	
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名			<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> その他 ()							
退院に向けて 自宅での生活継続に 対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安							
	(家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安							
退院に向けて ケアマネからみた 生活上の一番の課題								
事業所名	担当者名							
所在地				(TEL)		(FAX)		