

【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				
入院歴	生活歴 (家族関係含む)					
	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)				
入院前の状況	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 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			<特記事項>	
	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 <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"/> 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			
	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)			