

肺炎で入院した方
の記入例

医療機関←居宅介護支援事業所（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。

〇総合医療セン

予定入院の際も、本情報提
供書をご使用ください。

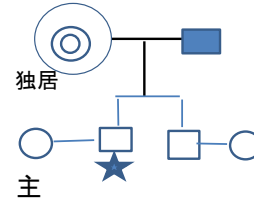
事業所名：〇〇〇ケアプランセンター

担当者名：琵琶 陽子

(TEL) xxxx-yy-yyyy

(FAX) xxxx-xy-yyyy

(記入日: 2025 年 3 月 10 日 入院日: 2025 年 3 月 10 日 情報提供日: 2025 年 3 月 10 日)

基本情報	フリガナ	シガハナコ	性別	☐ 男 ☒ 女		
	氏名	滋賀 花子 様	生年月日	1938 年 11 月 16 日		
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇		身長	152 cm 2024年10月25日	
	キーパーソン	滋賀 一郎 様 (長男) (TEL) xxxx-xx-yyyy	体重	48 kg 2024年10月25日		
	緊急時連絡先	滋賀 清美 様 (長男の妻) (TEL) xxxx-yy-xxxx	家族状況・ジェノグラム			
	要介護度	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 区変中 ☐ 要支援 () ☒ 要介護 (2)				
	有効期間	2025 年 3 月 1 日 ~ 2029 年 2 月 28 日				
	認知機能	☐ 自立 ☐ I ☒ II ☐ III ☒ IV ☐ M ☐ 不明				
生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)	夫を早くに亡くし、工場で60歳まで勤務し、二人の子どもを育て上げられる。息子家族にはできるだけ迷惑をかけたくないと、一人暮らしを頑張ってこられた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。尚、息子家族とは関係が良いが、県外で仕事が多忙であり、連絡つきにくい時がある。 (これまで自身の意思で生活を営んできたが、脳梗塞発症後、脳血管性認知症と診断され判断が難しくなる場面が出てきている。金銭管理や契約手続きに不安がある。)					
入院前の状況	既往歴	白内障、高血圧、脳梗塞、脳血管性認知症		権利擁護に関する配慮の必要性 ☐ 不要 ☒ 必要		
	屋内歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他		<特記事項> 杖歩行。転倒のリスクが高いため必要に応じて見守りや軽く身体を支える介助をおこなっています。		
	屋外歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☒ 車いす ☐ その他		デイサービスの送迎時など外出の際には、車いすを使用し、スタッフが介助をおこなっています。		
	移乗	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他		身体の方角転換時に支える介助が必要です。		
	排泄	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☒ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ		デイサービスではトイレ、自宅ではポータブルトイレを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用されています。夜間に失禁されることがあります。		
	入浴・場所	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない		☐ 自宅 ☒ 通所 ☐ 訪問入浴		
	食事摂取	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 食事形態 (普通) 義歯使用 ☐ なし ☒ あり (☒ 部分・ ☐ 総) 嚥下機能障害 ☐ なし ☒ あり				
	薬	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 (内服) ☐ 一包化 (外用) ☐ 貼付 ☐ 塗布 ☒ 点眼				
	処置	☒ なし ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 (分/分) ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡				
	BPSD	☒ なし ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声を出す				
	精神状態	☐ 意欲低下 ☐ 鬱傾向 ☐ せん妄の既往 ☐ その他 ()				
	主治医	☒ 訪問	機関名 〇〇医院	医師名 大津 健太	(TEL) xxxx-zz-yyyy	
	歯科	☐ 訪問	機関名	歯科医師名	(TEL)	
	薬局	☒ 訪問	機関名 〇〇薬局	薬剤師名 草津 優子	(TEL) xxxx-zz-zzyy	
	訪問看護	事業所名	〇〇訪問看護ステーション	(TEL) xxxx-zz-zzyy		
	リハ職	事業所名		リハ職氏名	☐ PT ☐ OT ☐ ST (TEL)	
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 ☒ 居宅サービス計画書 (1~3) を添付 月・木: 訪問介護、ヘルパーステーション〇〇 火・金: 通所介護、〇〇通所介護センター 水: 訪問看護 訪問看護ステーション△△ 四点杖、車椅子、特殊寝台: 〇〇福祉用具事業所、住宅改修無				
	入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	☒ 強く希望 ☐ 出来れば希望 ☐ どちらでもない ☒ 不安			
		(家族)	☐ 強く希望 ☒ 出来れば希望 ☐ どちらともいえない(本人次第) ☐ 不安			
	退院後の在宅生活に必要な要件	トイレへの移動が、生活上の大きな支障となると考えられます。自宅の動線には約15cmの段差があり、車いすの使用が難しい状況です。そのため、杖歩行で約10mの移動が可能であり、かつ15cmの段差が越えられるようご配慮いただければ幸いです。(この欄には退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に専門職に配慮いただきたい内容を記載します。あくまで、ゴール設定をおこなうのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供します。)				
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者)		(住環境/用具使用上の課題)	(特記事項)		
	☐ 家族の支援が見込める ☒ 家族以外の支援が見込める ☐ 支援は見込めない		居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車いすは使えない。 ☐ 住環境の写真・見取り図を添付			
退院前カンファレンス	☒ 開催希望 具体的な要望 (退院後に取り組むべき機能訓練等について確認したい。)					
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	☒ 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 2024 年 11 月 19 日) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外) ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか ☒ いる (滋賀 一郎 様) (続柄 長男) ☐ いない ☐ わからない					