

入院時情報提供シート

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

事業所名	
担当者名	
電話番号	



医療機関名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

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。是非ご活用下さい。

追加シート添付 (有 ・ 無)

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭		年 月 日生
住所	〒	電話番号			
住環境 <small>※可能な限り、「写真」などを添付</small>	住居の種類 (戸建て・集合住宅) . ____階建て. 居室 ____階. エレベーター (有 ・ 無)				
入院時の要介護度	特記事項 ()				
	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 <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"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体 ・ 精神 ・ 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 () <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		

家族構成図
主…主介護者
☆…キーパーソン
○…女性
□…男性

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
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(1)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(1)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"/> 介護予防サービス・支援計画書 <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)

在宅生活に必要な要件	
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)
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	支援を行っていて気になること (家族と当事者の関係等) などあれば、別紙にご記入ください。

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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし □ あり ()				
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他				
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他				
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	UDF等の食形態区分					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助						
	食事	自立	見守り	一部介助	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	□ あり () □ なし □ 不明				
	食事形態	主食	米飯	全粥	ミキサー	副食	通常	一口大	刻み	極小刻み	ミキサー (□ ところみ付)
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ		□ なし □ あり		水分制限	□ あり () □ なし □ 不明		
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯		□ なし □ あり(部分 ・ 総)	
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		□ なし □ あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ		□ なし □ 夜間 □ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		□ なし □ 夜間 □ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()			眠剤の使用		□ なし □ あり			
喫煙		無	有 _____ 本くらい/日			飲酒		無	有 _____ 合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡		□ なし □ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器		□ なし □ あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項 :					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難							
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 () <input type="checkbox"/> アレルギー 【 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 薬剤 () <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 : _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明									
	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	□ なし □ あり ()	居宅療養管理指導	□ なし □ あり (職種 : _____)
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (・管理者 : _____ ・管理方法 : _____)		
服薬状況	□ 処方通り服用 □ 時々飲み忘れ □ 飲み忘れが多い、処方が守られていない □ 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	□ 通院 □ 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

入院時情報提供シート(追加シート)

介護を行っていて気になること（家族と当事者間の関係等）

その他に追加する情報があればご記入ください。
シートが足りない場合も、こちらにご記入ください。