

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 提供日： 年 月 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：

事業所名：

ご担当者名： ご担当者様

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。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	
		生年月日	年	月	日 生
住所	〒 509 -	電話番号	0573	-	-
	岐阜県				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住宅の種類 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅		居室 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階		
	建て <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建て <input type="checkbox"/> 3階建て		エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	特記事項 ( )				
入院時の要介護度	<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 / ) 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		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
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	年齢	才	同居・別居の別	TEL - -
キーパーソン	続柄	年齢	才	同居・別居の別	TEL - -

### 3. 本人／家族の意向について

入院前の本人の生活に対する意向	
入院前の家族の生活に対する意向	

### 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	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	回 / 週	<input type="checkbox"/> ショートステイ	日 / 月
	<input type="checkbox"/> デイサービス	回 / 週	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	( <input type="checkbox"/> 看護の場合は事業所名： )
	<input type="checkbox"/> リハビリ	通所 回 / 週 訪問 回 / 週	通い	回 / 週 泊まり 回 / 週
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回 / 週	訪問	回 / 週
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回 / 週	福祉用具	( )
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回 / 週 ( 医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士 )	訪問看護事業所名：	( )

### 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"/> 高齢者世帯 <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"/> 介護力は望めない <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 ( )
経済状態の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項	(病院への要望など)

### 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)

--

\* = 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 ( )
移動	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(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	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			
食事関係	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	経管栄養	食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 ( )					アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし 不明
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> 不明		(食事に関する特記事項)		
	水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )	<input type="checkbox"/> 不明				
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> まれにむせる	<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 ( )	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<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	おむつ/パット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )				薬剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙		<input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> 吸っている ( ) 本くらい/日				飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 含む日 )	
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難がある <input type="checkbox"/> 困難				メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難がある <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"/> やや難がある <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"/> やや難がある <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"/> あり						
		<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"/> あり						
		<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"/> 歯科疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
最近半年間での入院*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> ( 病院名: ) <input type="checkbox"/> ( 病名: )				
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
		<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"/> 経管栄養 <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 ( )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理		
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"/> 服薬を拒否する		
お薬に関する特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		連絡先	
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
かかりつけ歯科医院名		連絡先	
歯科医師名	(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