

# 入院時情報提供シート

介護支援専門員 ⇒ 病院

病院名			記入日	年	月	日	情報提供日	年	月	日
事業所名			電話番号							
担当者名			FAX番号							

ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			年	月	日			
住所	〒					電話番号		
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄		電話番号		
		〒						
家族構成図		かかりつけ医	医療機関名			電話番号		
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性			医師名			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
		かかりつけ歯科医	医療機関名			電話番号		
			歯科医師名					
		かかりつけ薬局	薬局名			電話番号		
既往歴・病歴		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 未申請 有効期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )					
		サービス利用状況・サービス事業所名( )						
障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 級 )		訪問介護( 回/週 ) ( )		訪問リハ( 回/週 ) ( )				
特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		訪問看護( 回/週、うち医療保険 回/週 ) ( )		通所介護( 回/週 ) ( )		通所リハ( 回/週 ) ( )		
生活歴(職歴、趣味等)		通所入所( 回/月 ) ( )		施設入所( ) ( )		福祉用具貸与(内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適) <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他( 食 )				
				主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他( )水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事形態連携一覧参照*				
副食:	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(コード <input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)							
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ( <input type="checkbox"/> 日常 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 無				
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						
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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 特記事項( )						
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( )						
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )							
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他( )							
特記事項	(患者の性格・嗜好、家族の関わり、経済的問題、住宅環境、ADLの追記、等)							

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

この情報は、 年 月 日現在のものです。

※大垣市医師会ホームページ掲載

# 看護サマリー

作成年月日 年 月 日

病院 担当看護師様

## ■基本情報

ふりがな	年齢	性別	生年月日	電話番号
氏名	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
住所	家族構成			
キーパーソン				
氏名	続柄			
緊急連絡先				
① 氏名	続柄	公費負担等認定情報 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 特定疾患( ) 級		
電話番号				
② 氏名	続柄			
電話番号				

## ■医療および身体情報

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )				身長	cm	体重	kg
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Rh( + - )		
既往歴	年齢	疾患名	治療内容	現況	内服薬	内容		
						( 管理者 )		
現病歴								
疾患の理解	医師からの説明内容 主治医( )							
	DNRの同意: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> 点滴 )							
看護問題 (継続する問題点)	本人の思い				家族の思い			
	#1	:						
	#2	:						
	#3	:						
	#4	:						
最終バイタル	KT:	℃	P:	/分(整・不整)	BP:	/	mmHg	最終交換日 / (Ba・NG・その他)

項目		現在の状況	
身体状況	障害高齢者の生活自立度	<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	
	認知症高齢者の生活自立度	<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	
	意識レベル	GCS:	JCS:
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )	
	言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(特記: )	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(特記: )	
	視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右 )	
	聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右 )	
補助具の使用	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 ) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 装具( ) <input type="checkbox"/> 車椅子		
医療処置	<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 自己腹膜還流 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(器械の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 経管栄養法( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(HOT) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開部管理 <input type="checkbox"/> 疼痛管理(器械の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門管理 <input type="checkbox"/> 人工膀胱管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置 <input type="checkbox"/> ドレナージ管理 <input type="checkbox"/> その他( )		
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態( ) <input type="checkbox"/> トロミ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(昼・夜) <input type="checkbox"/> ポータブル(昼・夜) <input type="checkbox"/> オムツ(昼・夜) 排尿回数 /日 最終排便 月 日 下剤 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
	入浴	<input type="checkbox"/> 不可(最終清拭: 月 日) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自宅介助浴 <input type="checkbox"/> 施設入浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴(最終入浴 月 日)	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 ) <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 眠剤 <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無	
	意思伝達方法	<input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> ジェスチャー	
	認知症	<input type="checkbox"/> 中核症状( ) <input type="checkbox"/> 周辺症状( )	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名	TEL: - - FAX: - -	担当介護支援専門員 様
利用中の社会資源(名称)	訪問	<input type="checkbox"/> 看護( 回/週) <input type="checkbox"/> 介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 入浴( 回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ( 回/週)	
	入所	<input type="checkbox"/> 特養( ) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> グループホーム( )	
	短期入所	<input type="checkbox"/> 特養( ) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	通所	<input type="checkbox"/> デイサービス( 回/週 ) <input type="checkbox"/> デイケア( 回/週 )	
	レンタル	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> リクライニング ) <input type="checkbox"/> 除圧マット <input type="checkbox"/> その他( )	
住居	<input type="checkbox"/> 一戸建て( F ) <input type="checkbox"/> 一戸建て借家( F ) <input type="checkbox"/> アパート・マンション( F ) 住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
備考			

# 退院時共同指導書(カンファレンスシート)

当院用／他機関用／患者様用

1. 日時: 令和 年 月 日( ) / 時間 : ~ :

2. 場所:

3. 内容: 入院中の情報の共有化と退院後の生活についての検討

患者ID		患者氏名	様
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳 ヶ月)
住所	〒		
主病名			
実施、対応者 (敬称略)	院 外		院 内
	ご家族:		主治医
	在宅医:		病棟看護師:
	訪問看護師:		MSW:
	ケアマネジャー:		その他病院職員:
	その他(職種):		
入院日:	年 月 日 /	退院予定日:	年 月 日
検討項目 及び流れ	<p>(1) 入院中の病状経過と退院後の注意事項～主治医より～</p> <p>(2) 病棟看護師より</p> <p>① バイタルサイン、一般状態</p> <p>② 日常生活援助</p> <p>(3) 利用予定のサービス内容について</p> <p>① サービス内容</p> <p>② その他</p> <p>(4) 他機関より</p> <p>(5) 決定事項等</p> <p>(6) ご家族より</p>		
指導内容	(患者様への注意事項等)		
退院後の 移送・物品			

記入者名(職種 ): \_\_\_\_\_