

入院時情報提供シート（介護支援専門員⇒病院）

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 氏名	-----	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	年齢	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
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		主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	かかりつけ医	医療機関名			TEL
				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			TEL
			歯科医師名				
		かかりつけ 薬局	薬局名			TEL	
既往歴・病歴		<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(平成 年 月 日～平成 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)		<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)()		<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)()			
特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週、うち医療保険 回/週)()					
生活歴(職歴、趣味等)		<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)()		<input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)()			
		<input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)()		<input type="checkbox"/> 施設入所()			
		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)		<input type="checkbox"/> その他()			
ADL	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部 介助	<input type="checkbox"/> 全 介助			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪		
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)		} <input type="checkbox"/> 食形態連携表参照		
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"/>	<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"/>	<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"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギーの有無 <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 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射 () 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 ()						
患者・家族 の意向等 その他 連絡事項							

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。(2019年3月第3ネットワーク専門部会2発行)
 この情報は、 年 月 日現在のものです。