

# 入院時情報提供書

※ FAXで情報提供する場合は個人情報を消すこと。

御中 入院日: 年 月 日 作成日: 年 月 日

担当ケアマネジャー: 枚中 枚目

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

★サービス計画書の添付(  有  無 )

<b>ふりがな</b>			<b>性別</b>	<b>生年月日</b>		
<b>氏名</b>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )		
<b>住所</b>			<b>家族構成</b>			
	TEL:		同居家族は○で囲む [★:キーパーソン、☆:主な介護者、○:女性、□:男性]			
<b>緊急連絡先</b>	氏名	続柄	自宅TEL:			
	住所		携帯TEL:			
	氏名	続柄	自宅TEL:			
	住所		携帯TEL:			
<b>住宅設備</b>	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階 ) エレベーター( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		備考欄(家族状況)			
	段差( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 寝具( <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド ) トイレ( <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 )					
<b>経済状況</b>	年金	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無				
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 ( 担当ケースワーカー: ) <input type="checkbox"/> 不明				
<b>要介護度</b>	介護度	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 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 )				
	申請中	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	被保険者番号			
<b>日常生活自立度</b>	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	( <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 )				
<b>障害等認定</b>	<input type="checkbox"/> 身障 (種別: / )級・ <input type="checkbox"/> 精神 ( )級・療育( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B )・ <input type="checkbox"/> 原爆					
	<input type="checkbox"/> 指定難病 ( )					
<b>かかりつけ医</b>	有無	有( <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		<b>かかりつけ 歯科医</b>	種別	有( <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	医療機関				医療機関	
	主治医名				主治医名	
	連絡先				連絡先	
<b>病歴・疾病</b>	既往歴・治療状況・服薬状況 (薬剤情報書の添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
				アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
<b>介護サービス利用状況</b>	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週 )		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( 回/週 )		<input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週 )	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週 )		<input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週 )		<input type="checkbox"/> 短期入所 ( 回/月 )	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週 )					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容: )					
	<input type="checkbox"/> その他 (内容: )					

→ 2 枚目に続く

# 入院時情報提供書

枚中 枚目

	自立	見守り	一部介助	全介助	備考		自立	見守り	一部介助	全介助	備考
食事	□	□	□	□	嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良  <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> トロミ  <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具	外出	□	□	□	□	
						調理	□	□	□	□	
						買い物	□	□	□	□	
口腔清潔	□	□	□	□	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全部	洗濯	□	□	□	□	
移動	□	□	□	□	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> その他 ( )	掃除	□	□	□	□	
						金銭管理	□	□	□	□	
移乗	□	□	□	□		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり 眼鏡 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 全盲				
起居	□	□	□	□							
入浴	□	□	□	□	入浴不可 ( <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 ) <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )				
更衣	□	□	□	□		言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない				
排泄	□	□	□	□	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル  オムツ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ  失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有  下剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  浣腸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	理解	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない				
						睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 ( 時間 ) 睡眠剤使用 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )				
						認知精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※詳細は下記にチェック) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗感 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力				
						服薬管理	自己管理の状況				
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: ) (その他)					運動機能	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )  拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
その他 (ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・家族関係・介護力・医療上の注意点・家族の意向、希望について等)											
※退院カンファレンス希望の有無 ( <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない )											
※リハビリ専門職との同行訪問希望の有無 ( <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない )											
情報提供事業所名						担当ケアマネジャー					
電話番号						FAX番号					

※入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定状況を満たす必要があります。(H30.11月作成)