

# 入院時情報提供書

手書き用

病院

様

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

事業者名			
TEL		FAX	
携帯電話		担当者名	

書類作成日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日

情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	様	生年 月日	M T S H 年 月 日	住所 歳
緊急連絡先	① (関係) 住所 Tel	② (関係) 住所 Tel	TEL	
主なかかりつけ医 (連絡先)	医療機関名 医師 先生 Tel		家族構成 □ 男性○女性(年齢) 罫線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は○  □ 日中独居	
既往歴				
介護保険	申請中( / 付) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	生保 受給	無・有 担当:	サービス利用 □ 別添の居宅サービス計画書等 参照
保険情報	介護保険 ( )割 国保 ( )割 後期高齢 ( )割 社保 ( )割			
手帳	無・有 : 身体( )級 療育( )級 精神( )級			
医療証・受療証	無・有 : 種類( )			

**【自宅での生活状況】 ※項目の評価は、自立・見守(=見守り)・一部(=一部介助)・全(=全介助)の4段階**

栄養	食事※	自立・見守・一部・全	回数	回/日	移動 寝返り※ 自立・見守・一部・全 起上り※ 自立・見守・一部・全 立上り※ 自立・見守・一部・全 歩行※ 自立・見守・一部・全 手段 独歩・杖・歩行器・車いす・その他( )	移動 座位※ 自立・見守・一部・全 立位※ 自立・見守・一部・全 移乗※ 自立・見守・一部・全
	形態	主食 常飯・軟飯・粥・ペースト とうもろこし 無・有 副食 常菜・軟菜・刻み(一口大・荒・細)・ペースト				
	方法	経口・経管( )・輸液 嚥下 むせない・むせる				
排泄	排尿※	自立・見守・一部・全	排便※	自立・見守・一部・全	整容※ 自立・見守・一部・全 更衣※ 自立・見守・一部・全	
	失禁	無・有(常・時々・まれに)		睡眠 良眠・不眠 薬の服用 無・有( )		
清潔	保清※	自立・見守・一部・全	方法	一般浴・機械浴・清拭	認知・精神面 認知症 無・有( ) 専門医への受診 無・有( ) 精神疾患 無・有( ) 中核症状 記憶障害・見当識障害・実行機能障害 失語・失認・失行 その他( ) 周辺症状 せん妄・妄想・暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊 うつ・睡眠障害・食行動障害・その他( )	
コミュニケーション	言葉	話せない・話せる	理解	できる・難しい		
	意思伝達	できない・できる(伝達方法: )				
	聴覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能	□ 補聴器有			
視覚	日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能	□ 眼鏡有				
口腔ケア※	自立・見守・一部・全	義歯	(上: 無・有 / 下: 無・有)			
褥瘡	無・有(部位: )					
皮膚疾患	無・有(部位: )					
悪化時の介護力	介護力有(十分・一部)・見込めない・支援者がいない		薬剤管理 自己・他者(管理者) □ 内服なし		服薬状況 処方通り・飲み忘れ(時々・多い・守らない)・服薬拒否	
本人の療養生活に対する希望・意向			家族の療養生活に対する希望・意向			

医療的処置	膀胱留置カテーテル・膀胱瘻・腎瘻・ストマ(消化管・尿路)・在宅酸素(L)・人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可)・中心静脈栄養・疼痛管理・喀痰吸引
アレルギー	不明・無・有( )

その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)