

様式変更点

平成30年10月10日

順次新しい様式に変更していただき、遅くとも平成31年1月までには、新様式の利用をお願いいたします。

1 入院時情報提供シート(様式1-1)について

様式1-1 (居宅介護支援事業所 → 病院)

H30年度版

入院時情報提供シート

記入日:平成 年 月 日		入院日:平成 年 月 日	
事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	
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 退院日が決まりましたらお早めにご連絡ください			
(ふりがな) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
緊急時連絡先	※キーパーソン欄は、○をつけてください		
キーパーソン	(ふりがな) 氏名	住所	続柄 電話番号
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		在宅主治医	医療機関名 () TEL: ()
		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
		経済状況 (金銭管理の状況)	
		介護負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input checked="" type="checkbox"/> 3割
		負担限度	<input type="checkbox"/> 第1 <input type="checkbox"/> 第2 <input type="checkbox"/> 第3 <input type="checkbox"/> 第4 <input type="checkbox"/> 未申請
		金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他()
●家族関係等の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護に協力的 <input type="checkbox"/> 介護力あり <input type="checkbox"/> その他 ()	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 等級)
●自宅退院の条件		関係機関	
		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

入院日を記入する欄を設けました

負担割合に「3割」を追加しました。

2 退院調整共有情報シート(様式2)について

様式2(病院 → 居宅介護支援事業所)

H30 改定版

【 _____ 担当 _____ 様】
病院名 居宅介護支援事業所名

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者	_____		電話/FAX	_____ / _____	
(ふりがな) 氏名	_____			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様			電話番号	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様
記入日	平成	年	月	日	記入者
病院主治医	_____		在宅主治医	_____	
入院の原因となった病名	_____				
入院日	平成	年	月	日	身長 _____ cm 体重 _____ kg
退院(予定)日	平成	年	月	日	
緊急時連絡先	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様 ○:キーパーソン ◆:主な介護者 を太枠内に記入				
(ふりがな) 氏名	住所	続柄	電話番号		
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(_____ 人)				
介護認定	無(<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(_____ 平成年月日 申請))			区分変更	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)	※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等での伝達も可				
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他介護用品(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
現在の治療状況	●患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望				
	●医師からの在宅助言、留意点、今後の治療方針について				

ケアマネジャーから提供された入院時情報提供と同様の場合は、を入れ、省略可能 (住所、電話番号、緊急連絡先)

退院(予定)日欄を追加。退院日が予測されるものは、記入。

ADL	自立	見守り	介助部	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
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"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺()	
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食 <input type="checkbox"/> 治療食 [<input type="checkbox"/> Kcal <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()]	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> パースト	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/> パースト (摂取量 割)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
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"/>	制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()]	
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> フラット) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
生活上の問題	<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()					
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					
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護者の健康状況		例:老老介護、介護力、ネグレクト		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌(部位: <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input type="checkbox"/> その他()				アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考						
退院時提供予定書類 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する書類 <input type="checkbox"/> 在宅主治医への情報						

退院までに病院側が提供を予定している書類があれば、を入れる。

3 入院時の情報提供連絡票(様式1-2)について

様式1-2

H30.4改正

平成 年 月 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

様

【居宅介護支援事業者名】

【担当者名】

TEL: _____

FAX: _____

平素より、大変お世話になっております。
下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名: _____ () _____

■入院時の情報については、別途「入院時情報提供シート」としております。

■情報提供方法 (面談 ・ FAX、郵送等)

通信欄

受理日: 平成 年 月 日

受理者氏名 _____

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、居宅介護支援事業所あてに電話を入れるか、または、受理日・受理者氏名を記載の上、FAX返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ(入院後3日以内)・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ(入院後7日以内)・・・100単位

報酬改定に伴い、
変更しました。