

入院時情報提供シート

記入日: 年 月 日

入院日: 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 ●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 () ●自宅退院の条件	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 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()			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 等級)		
	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		

サービス利用状況

サービス名	利用頻度	事業者名	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 内容： <input type="checkbox"/> 住宅改修 内容： <input type="checkbox"/> その他(内容：)

ADL	自立	見守り	介一助部	全介助	要支援は必要事項のみ記入
-----	----	-----	------	-----	--------------

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
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他)
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

	<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"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> アレルギー等禁止食
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分 とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

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(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス
					入浴方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴

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"/> 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"/>	
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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"/> 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 ()

麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
----	---

聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
------	---

視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
------	---

興味・関心のあること	
------------	--

既往歴(入院歴・通院歴) ※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能。

連絡事項・その他 *アレルギー *日中の状態(日中独居など)