

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)

ふりがな					性別	生年月日			
氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
住所					家族構成				
	TEL:				同居家族は○で囲む [★:キーパーソン、☆:主な介護者、○:女性、□:男性]				
緊急連絡先	氏名		続柄		自宅TEL:				
	住所				携帯TEL:				
	氏名		続柄		自宅TEL:				
	住所				携帯TEL:				
住宅設備	<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"/> ハット) トイレ(<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式)								
	住宅改修 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
経済状況	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							
要介護度	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			
日常生活自立度	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)						
			(年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定調査 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> ケアマネ判断)						
	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)						
			(年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定調査 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> ケアマネ判断)						
障害等認定	<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 ()								
かかりつけ医	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			かかりつけ 歯科医	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			
病歴・疾病	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 ()			
介護サービス利用状況	<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:)								

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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						調理
					<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ						買い物
					<input type="checkbox"/> 経管栄養						
					<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具						
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす						掃除
					<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 装具・補装具						<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> その他						<input type="checkbox"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							眼鏡(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭)						<input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 全盲
					<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴						<input type="checkbox"/> 聴力
					<input type="checkbox"/> 通所系サービス						補聴器使用(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホールトイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ガーテル						理解
					オムツ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ						<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない
					失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有						<input type="checkbox"/> 睡眠
					下剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (時間)
					浣腸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						睡眠剤使用(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己管理の状況						認知精神面
											<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※詳細は下記にチェック)
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ						<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"/> 褥瘡 (部位:)						<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
					(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(希望する 希望しない)

※リハビリ専門職との同行訪問希望の有無(希望する 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)