

府中市入院時情報提供書

記入日: 年 月 日
 入院日: 年 月 日
 情報提供日: 年 月 日

医療機関 ← 在宅関係者

医療機関名: _____ 御中
 ご担当者名: _____ 様

事業所名: _____
 氏名: _____ 職種: _____
 TEL: _____ FAX: _____

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名			年齢	才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日生	
住所	〒183-00 東京都府中市	丁目 番地の	電話番号	自宅	-	-
				携帯	-	-
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅) ・ 階建て/居室 階 ・ エレベーター (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 特記事項 ()					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<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					<input type="checkbox"/> 医師の判断
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					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	<input type="checkbox"/> 無 ・氏名	続柄:	才 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL①:	TEL②:	
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 ・氏名	続柄:	才 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL①:	TEL②:	

3. 疾患歴等

疾患歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不明					
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()					

4. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)					
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
お薬に関する、特記事項						

5. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
(フリガナ)		診察方法・頻度	通院 訪問診療 頻度=()回/月
医師名			

6. かかりつけ歯科医について

かかりつけ歯科医機関名		電話番号	
(フリガナ)		診察方法・頻度	通院 訪問歯科診療 頻度=()回/月
歯科医師名			

7. 入院前の介護・医療サービス等の利用状況について

介護サービスの利用状況	添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 1.2.3	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画 A.C.D	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント 3.4	<input type="checkbox"/> 他
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（職種： _____）	サービス利用に関する特記事項		

8. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	その他	
食事内容	食事回数	（ _____ ）回/日 食欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不振			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	UDF等の食形態区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう ） 内容（ _____ ）					
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 ）	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（ _____ ）				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 本/日） <input type="checkbox"/> やめた				飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 合くらい/日あたり）	
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> セルフネグレクト <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
特記事項							

9. 本人／家族の意向について

本人の生活歴・趣味・興味・関心領域等	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封のサービス計画参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封のサービス計画参照

10. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャー・包括支援センターとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ _____ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 上記2に同じ <input type="checkbox"/> その他（氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____ 才）
介護力	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> ネグレクト <input type="checkbox"/> 性的 <input type="checkbox"/> 経済的 ）
特記事項	

11. カンファレンス等について(ケアマネジャー・地域包括支援センターからの希望)

「退院前カンファレンス」の開催	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 応相談（ _____ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり