

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

記入日：R 年 月 日
入院日：R 年 月 日
情報提供日：R 年 月 日

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

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。ぜひご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	☐ 男 ☐ 女
		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば「写真」 などを添付	住宅の種類(戸建て・集合住宅)、階建て、居室階、エレベーター(有・無) 特記事項()				
入院時の要介護度	☐ 申請済み ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請 ☐ 要支援() ☐ 要介護() 有効期間：H 年 月 日～H 年 月 日				
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				☐ 医師の判断
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				☐ ケアマネジャーの判断
介護保険の 自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明	障害など認定	☐ なし ☐ あり(☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 知的)		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他() * 日中独居				
主介護者氏名	(続柄	才)	(同居・別居)	TEL	
キーパーソン	(続柄	才)	連絡先	TEL	

3. 本人／家族の意向について

本人の性格・ 趣味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	
入院前の家族の 生活に対する意向	

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	☐ 訪問看護	☐ 訪問介護	☐ デイサービス	☐ デイケア
	☐ ショートステイ	☐ 訪問入浴	☐ 福祉用具貸与	☐ 住宅改修
	☐ その他()			

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居(家族構成員数 名)* ☐ 日中独居 ☐ その他()
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 ()
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外(氏名 続柄 ・年齢 歳)
介護力*	☐ 介護力が見込める(☐ 十分・ ☐ 一部) ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
特記事項 (特に注意すべき点 など)	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり ・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり

*＝診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

状態	麻痺の状況		☐ なし ☐ あり() ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度				(詳細)
	起居動作		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	移 乗		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	移 動 (室内) (屋外)		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
			☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他()				
			☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他()				
	更 衣		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	整 容		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	入 浴		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
褥瘡の有無		☐ なし ☐ あり()					
食事	摂取方法		☐ 経口	☐ 経管栄養	水分四ろみ	☐ なし ☐ あり	
	食事形態		☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				
	U D F等の食形態区分		区分：				
	食事回数		()回/日(朝 時頃、昼 時頃、夕 時頃)				
	食事制限		☐ なし ☐ あり ☐ 不明	水分制限	☐ なし ☐ あり		
口腔	嚥下機能		☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる				
	義 歯		☐ なし ☐ あり(☐ 部分 ☐ 総)				
	口腔清潔		☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良				
排泄*	排 尿		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	排 便		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	方 法		☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル ☐ オムツ ☐ 紙パンツ ☐ パット ☐ ストマ				
睡眠の状況		☐ 良 ☐ 不良()		眠剤の使用		☐ なし ☐ あり	
喫 煙		☐ 無 ☐ 有(約 本/日)		飲 酒		☐ 無 ☐ 有()	
コミュニケーション能力	視力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難()				
	聴力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難()				
	言語		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難()				
	意思疎通		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難()				
精神面における療養上の問題			☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他()				
疾患歴*			☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他()				
入院* 歴	最近半年間での入院		☐ なし ☐ あり(理由：) ☐ 不明 (期間：H 年 月 日～H 年 月 日)				
	入院頻度		☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでにもある ☐ 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置*			☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃瘻 ☐ 経鼻栄養 ☐ 透析 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 疼痛コントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射() ☐ その他()				(詳細)

8. 医療体制について

主治医	かかりつけ医機関名		電話番号	— —	
	医師名	医師	診療方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度＝() 回/ 月・週	
薬局	薬局名		電話番号	— —	
	内服薬	☐ なし ☐ あり()		居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり
	薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理(・管理者： ・管理方法：)			
	服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否			
	お薬に関する、特記事項				
看護	訪問看護事業所名		電話番号	— —	
	頻 度	・頻度＝ 回／ 週・月			

*＝診療報酬 退院支援加算1、2「退院困難な患者の要因」に関連

受領年月日:

年 月 日

受領者部署:

受領者氏名: