

入院時情報提供書

【居宅介護支援事業所⇒医療機関】

基本情報	氏名				生年月日				作成日				
	住所					世帯				電話番号			
	障害高齢者の日常生活自立度					認知症高齢者の日常生活自立度							
介護保険情報	被保険者番号				要介護度				認定期間	～			
		利用サービス	月	火	水	木	金	土	日	週単位以外サービス			
	担当者												
	連絡先												
	携帯電話												
医療情報	主治医				医療機関				電話				
	既往歴												
家族関係					主介護者 家族連絡先	氏名							
						自宅							
						携帯							
					他家族	氏名							
						自宅							
携帯													
入院を必要とする傷病が発生する前の状況	ADL					特記事項（入院直前の状況）							
	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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
	（手段）	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子								
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
	（方法）	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> リハパン	<input type="checkbox"/> 尿パット								
		<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル									
	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								
	（形態）	主	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> アチビ	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー							
		副	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> とろみ							
	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								
	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								
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
	（義歯有無）	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯	<input type="checkbox"/> 歯無								
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
コミュニケーション	伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> その他								
	理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> その他								
	視力	<input type="checkbox"/> 問題無	<input type="checkbox"/> 問題有	（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）									
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題無	<input type="checkbox"/> 問題有	（ <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右）									
認知・精神	認知症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明									
	精神疾患	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明									
備考													
	退院時のお願い												
*退院日が決まりましたら、上記の担当ケアマネジャーに連絡をいただければ助かります。													
*退院時に、看護サマリーや主治医宛の診療情報提供書をいただければ幸いです。													
受領者確認欄	日付				氏名								