

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

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。是非ご活用下さい。

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 | 年 月 日生 | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | | | |
| 住環境 ※可能な場合は、「写真」などを添付 | 住居の種類（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 | <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（身体・精神・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 | (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

| | |
|-----------------|---|
| 本人の趣味・興味・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 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |

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 | 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <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"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____ ） |
| 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（ _____ ） |
| 特記事項 | |

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 | <input type="checkbox"/> 希望あり |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望（ _____ ） |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input type="checkbox"/> 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

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|--|---------------|-------|---|---|---|-----|------|-----|
| 麻痺の状況 | | なし | 軽度 | 中度 | 重度 | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | |
| A D L | 移動 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 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 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 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 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 起居動作 | 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 | | | | | |
| | 食事 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | | |
| 食事内容 | 食事回数 | () 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃) | | | | 食事制限 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| | 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 | | | | |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | 水分とろみ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 水分制限 | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| 口腔 | 嚥下機能 | むせない | 時々むせる | 常にむせる | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) | | | | |
| | 口腔清潔 | 良 | 不良 | 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| 排泄* | 排尿 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 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 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 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 | | 良 | 不良 () | | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| 喫煙 | | 無 | 有 _____本くらい/日 | | 飲酒 | 無 | 有 _____合くらい/日あたり | | | |
| コミュニケーション能力 | 視力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | |
| | 聴力 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |
| | 言語 | 問題なし | やや難あり | 困難 | | コミュニケーションに関する特記事項： | | | | |
| | 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 | | <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"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <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 () | | | | | | | | |
| 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 () | | | | | | | | |
| 入院歴* | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | | |
| | 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、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 () | | | | | | | | |

8. 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 () | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____) |
| 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 | | | |

9. かかりつけ医について

| | | | |
|-----------|--------|---------|--|
| かかりつけ医機関名 | | 電話番号 | |
| 医師名 | (フリガナ) | 診察方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 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