

# 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

医療機関名：  
ご担当者名：

様

## 居宅介護支援事業所

事業所名：  
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) 様	年齢		性別					
		生年月日							
住所			電話番号						
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅	階建て 階	エレベーター	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし				
	特記事項								
入院時の要介護度			介護保険自己負担割合						
障害高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> J1	<input type="radio"/> J2	<input type="radio"/> A1	<input type="radio"/> A2	<input type="radio"/> B1	<input type="radio"/> B2	<input type="radio"/> C1	<input type="radio"/> C2
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> IIa	<input type="radio"/> IIb	<input type="radio"/> IIIa	<input type="radio"/> IIIb	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> M	
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育						
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"/> 遺族年金	<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 ( )
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ( )

ジェノグラム

### 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 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="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ( )
退院後の主介護者	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ( )
介護力*	<input type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 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 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

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について					
ADL	麻痺の状況		排泄*  <input type="checkbox"/> 口腔	排尿	
	褥瘡の有無			排便	
	移動			嚥下機能	
	移乗			口腔清潔	
	移動(室内)			義歯	
	移動(屋外)			口臭	
	起居動作			睡眠の状態	
	更衣			眠剤の使用	
	整容			喫煙	
	入浴			飲酒	
食事内容	食事		コミュニケーション能力	視力	
	食事形態			聴力	
	摂取方法			言語	
	水分とろみ			意思疎通	
	食事制限			眼鏡	
	水分制限			補聴器	
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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			
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 期間： ～ （理由 ）			
	入院頻度	<input type="radio"/> 頻度は高く繰り返し <input type="radio"/> 頻度は低いがこれまでもある <input type="radio"/> 今回初めて			
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン			

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="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	（職種： ）	
薬剤管理	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	（管理者		管理方法	
服薬状況	<input type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 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		診察方法	<input type="radio"/> 通院 <input type="radio"/> 訪問診療
		頻度	・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