

様式1 入院時情報提供書

(ケアマネジャー→病院)

平成 年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号						

家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 手すり (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 段差 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 寝具 (<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド)									
主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	在宅主治医	医療機関・医師名 () TEL: ()										
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日										
	経済状況	年金 無・有 () その他 () 生活保護 (担当CW:)										
	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)										
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度)										
	サービス利用状況											
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:) <input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()												
備考欄(家族状況・職歴等)												

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入												
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具												
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 無・有 (<input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯)												
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嚥下・咀嚼状況(留意点)()												
					更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
					入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭							
					排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ							
					服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類(薬剤情報書での代替: 有 / 無:)							
認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()) 【具体的状況】()																
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿管置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 処理の頻度 () 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (留意点等) ()																
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 理解の状況... <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)																

◆既往歴

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

◆特記事項

提供手段	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 ()	提供日時		提供先	
------	--	------	--	-----	--