

7、参考様式

(1)入院時情報提供書

入院時情報提供書(表面)

※ FAXで情報提供する場合は個人情報消すこと。

御中

入院日: 年 月 日

作成日: 年 月 日

★サービス計画書の添付(有 無)

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

ふりがな				性別	生年月日			
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)			
住所				家族構成				
	TEL:			同居家族は○で囲む 【★:キーパーソン、☆:主な介護者、○:女性、□:男性】				
緊急連絡先	氏名	続柄	自宅TEL:					
	住所		携帯TEL:					
	氏名	続柄	自宅TEL:					
	住所		携帯TEL:					
成年後見人等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	氏名:	TEL:	携帯:				
住宅設備	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階)エレベーター(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)			備考欄(家族状況)				
	段差(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 寝具(<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> マット) トイレ(<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式)							
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	その他	()				
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 (担当ケースワーカー:)						
要介護度	介護度	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)		要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 (種別: /)級 ・ <input type="checkbox"/> 精神 ()級 ・ 療育(<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B) ・ <input type="checkbox"/> 原爆							
	<input type="checkbox"/> 指定難病 ()							
かかりつけ医	種別	<input type="checkbox"/> 外来通院		種別	<input type="checkbox"/> 訪問診療			
	医療機関				医療機関			
	主治医名				主治医名			
	連絡先				連絡先			
病歴・疾病	既往歴・治療状況・服薬状況 (薬剤情報書の添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
				アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週)		<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週)			
	<input type="checkbox"/> 通所リハ (回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週)		<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週)			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週 事業所名:)		<input type="checkbox"/> 定期巡回型訪問介護 ()					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:)							
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 訪問 (回/週)		<input type="checkbox"/> 通い (回/週)		<input type="checkbox"/> 泊り (回/週) >	
	<input type="checkbox"/> その他 (内容:)							

入院時情報提供書

枚中 _____ 枚目 _____

	自立	見守り	一部介助	全介助	備考		自立	見守り	一部介助	全介助	備考
食事	□	□	□	□	嚥下状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 水分(トロミ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 弱 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 強 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	外出	□	□	□	□	
						調理	□	□	□	□	
						買い物	□	□	□	□	
						洗濯	□	□	□	□	
						掃除	□	□	□	□	
口腔清潔	□	□	□	□	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全部)	金銭管理	□	□	□	□	
移動	□	□	□	□	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり 眼鏡 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 全盲				
						聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
移乗	□	□	□	□		言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない (代替方法:				
起居	□	□	□	□		理解	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない				
入浴	□	□	□	□	入浴不可 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭) <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (_____ 時間) 睡眠剤使用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
更衣	□	□	□	□		認知 精神面	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細は下記にチェック) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗感 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力				
排泄	□	□	□	□	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル オムツ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ リハビリ パンツ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ		運動 機能	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
					失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有 下剤 使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 浣腸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
服薬管理	□	□	□	□	自己管理の状況						
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル (<input type="checkbox"/> 膀胱留置 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: _____) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (麻薬使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> その他					<備考>					
その他 (ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点、在宅での問題点等)											
院内の多職種カンファレンスへの参加 <input type="checkbox"/> 希望する						退院前カンファレンスへの参加希望 <input type="checkbox"/> 希望する					
情報提供事業所名 _____						担当ケアマネジャー _____					
電話番号 _____						FAX番号 _____					

※入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定状況を満たす必要があります。(R1、月作成)