

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を消すこと。

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				
				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:	備考欄(家族状況)				
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)							
	段差(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 寝具(<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド) 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	嘔下状態 <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patula <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
					調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
					買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
					洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
					掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
					金銭 管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
移動	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり <input type="checkbox"/> 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									
				<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	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)									
移乗	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> はつきりしない <input type="checkbox"/> 話せない (代替方法:)									
起居	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル	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 ()									
			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												
			失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有 下剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 浴腸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用												
服薬 管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			自己管理の状況	<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 ()										
医療処置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/> 痛苦管理 (麻薬使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> その他	<備考>										
					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、国の通知等に掲げる算定状況を満たす必要があります。 (R1、月作成)