

入院時情報提供書

医療機関 ←

居宅介護支援事業所

記入日 : _____年 _____月 _____日
 入院日 : _____年 _____月 _____日
 情報提供日 : _____年 _____月 _____日
 情報提供方法 : ときネットメール 郵送 持参

| |
|---|
| 医療機関名 |
| ご担当者 様 |

| | |
|------------|-----|
| 事業所名 | |
| ケアマネージャー氏名 | |
| 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。ご活用ください。

伝達事項

1. 利用者(患者)基本情報について

| | | | | | |
|------------------------|---|--------|---|----|---|
| 患者氏名 | ふりがな | 年齢 | 才 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | 生年月日 | 昭 | 年 | 月 |
| | | 電話番号 | 日 | 生 | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 住環境 ※可能ならば「写真」などを添付 | 住居の種類 (<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 階建て 居室 <input type="checkbox"/> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> ケアマネージャーの判断 |
| 介護保険の自己負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明 | 障害など認定 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 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 | 氏名 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 | TEL | |
| キーパーソン | 氏名 | 続柄 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 | 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"/> 添付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"/> 添付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利用状況 | 添付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"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
|----------------|---|--|

* =診療報酬 退院加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

5. 今後の在宅生活の展望について【ケアマネー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"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族数 名） <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居 |
| 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） |
| 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（ケアマネージャーからの希望）

| | | | |
|---------------------|---|---------------------|-------------------------------|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> 希望あり | 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <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（ ） | | |

7. 身体・生活機能の状況 / 療養生活上の課題について

| | | | | |
|------------------|---|---|---|---|
| 麻痺の状態 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） | |
| ADL | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 起居動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 食事 | 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 <input type="checkbox"/> 不明 | UDF等の食形態区分 | |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 ） |
| | 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 排泄* | 排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | オムツ/パット | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 |
| 睡眠の状態 | <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（ ） | 眠剤の使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 喫煙 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 飲酒 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 合くらい/日あたり | |
| コミュニケーション能力 | 視力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 眼鏡 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | 補聴器 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| | 言語 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 | コミュニケーションに関する特記事項 | |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 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"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（理由: 期間: H 年 月 日 ~ 年 月 日） | | |
| | 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | |
| 在宅時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 <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"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストマ <input type="checkbox"/> 消化管ストマ <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

| | | | |
|-----------|--|---------|--|
| かかりつけ医療機関 | | 電話番号 | |
| 医師名 | | 診療方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度（ 回/月） |

* =診療報酬 退院加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連