

入院時情報提供書

記入日 年 月 日
 入院日 年 月 日

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、ご活用ください。

医療機関

医療機関名

ご担当者名

← 在宅介護支援事業

事業者名
 担当者名
 電話番号
 FAX番号

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	西暦	年	月	日	歳	
氏名											
緊急連絡先	氏名	続柄	キ-パーソン	主介護者	住所		電話番号				
							〒				
							〒				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 【 】 <input type="checkbox"/> 他 【 】		家族構成図								
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て 【 寝室 階 】 <input type="checkbox"/> 集合住宅 【 階建て 階 】 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 手すり 【 特記 】		主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性								
かかりつけ	医療機関	機関名			電話番号						
		医師名			診察方法	回	週				
	歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名 【 】		<input type="checkbox"/> 不明						
	薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	機関名 【 】		<input type="checkbox"/> 不明						
経済状況	年金	<input type="checkbox"/> 有 【 】 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 無 【 収入源 】 【 担当CW 】									
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他 【 】									
	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 疾患名 【 】									
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【 程度 】										
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 【 申請 / 】 <input type="checkbox"/> 区分変更 【 申請 / 】 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者										
	<input type="checkbox"/> 要支援 【 】 <input type="checkbox"/> 要介護 【 】 認定日 【 年 月 日 】										
	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日									
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養法 <input type="checkbox"/> 自己注射 【 】 <input type="checkbox"/> 他 【 】										
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 同封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"/> 他 【 】										
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援の場合は必要事項のみ記入						
移動・移乗	屋外		<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> 他 【 】								
	屋内		<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> 他 【 】								
口腔清潔	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 【 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 】										
食事	身長	cm	体重	kg	食欲	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻			
	形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
		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"/> ところみ付 <input type="checkbox"/> ソフト								
	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】		<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食							
	摂取方法	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他 【 】	水分摂取	ml 1日							
	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】		とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	咀嚼・嚥下状況(留意点)										
更衣	上衣		下衣								
入浴	<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 <input type="checkbox"/> その他 【 】										
排泄	日中	<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	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	備考						
	夜間	<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	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【 】						
服薬管理	薬剤情報書	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 【 】							
	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									
その他	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	本くらい / 日	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	合くらい / 日					

活用するにあたって

- ◇ 入院情報提供書の作成目的は、退院時に向けた支援のゴール設定と入院中の看護やリハ内容を検討する為に情報提供する事です。
- ◇ 入院当初から在宅復帰のイメージを共有し、短期間で効率的に質の高い退院支援を行えるよう、病院とケアマネジャー等の双方が利用者(患者)の入院前の暮らしや希望する生活を情報共有し円滑に在宅復帰できるよう共通目標を持って取り組む事が重要です。
- ◇ 情報伝達だけでなく、在宅復帰に向けて共に取り組んでいく関係を作る為に、「顔の見える連携」を図る最初の一步として、退院後の生活を守り支える為のツールである、入院時情報提供書の作成背景や経緯をご理解の上、目的を意識しながらご活用いただければ幸いです。

認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為) <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不潔行為) <input type="checkbox"/> その他 【 具体的状況 】									
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									
コミュニケーション能力	留意点									
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難						
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 】	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
既往歴										
治療歴(手術など)										

生活歴・環境 (どのような生活を送っていたか?)

同封の書類参照

生活の上で大事なこと・希望する生活

同封の書類参照

在宅生活に必要な要件

同封の書類参照

本人の趣味・関心・興味

同封の書類参照

提供日時	年 月 日	情報提供先	
提供方法	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 他 【 】		