

# 入院時情報提供シート

情報提供先	病院
	様

## <情報提供元>

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

退院予定が決まりましたら、早めにご連絡いただきますようお願いいたします。 【入院日 令和 年 月 日】

ふりがな		生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別			
氏名		住所				電話番号					
緊急時連絡先	氏名	住所				続柄	電話番号				
既往歴											
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 金銭管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
家族構成図・家族背景		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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		在宅主治医 (歯科医含)	医療機関名 ( ) ( ) ( ) 受診方法 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 有効期間 年 月 日～ 年 月 日								
		障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度									
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"/> 訪問リハビリ ( 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"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名: )											
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	分かる範囲で記載する ( 年 月 日時点)						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具				自室	<input type="checkbox"/> 有 ( 階) <input type="checkbox"/> 無	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				ベッド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 摂取量 ( )						
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 副菜: <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"/> とりみ付 )						
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						
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"/> おむつ・リハビリ		自宅トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [ <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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <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"/> その他 ( ) ]										
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
連絡事項・その他 (感染症・障害者手帳・手当受給状況・生活状況・家族状況・意向等や、上記チェック項目についても詳細を追加する必要がある場合は記載。)											

(この情報提供について、ご本人又はご家族に同意をいただいています。)