取 扱 注 意

提出方法

　□メール

　□ＦＡＸ

　□手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院日　　年　　月　　日　　　　面談日時　　年　　月　　日　　　時　　分

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受取者　　　　　　　　　　　　　面談場所

入院時情報提供シート

（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | 年齢 | 歳 | 性別 |  |
| 住　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | |  | | | |
| ＦＡＸ | |  | | | |
| 事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 担当ケアマネ | | |  | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | | |
| 緊急時連絡先 | 氏　名 | | | | | | | | 住　　　　　所 | | | | | | | | | 続柄 | | 電 話 番 号 | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| 家族構成図 | | | | | | | | | | | | 住環境 | | | | □一戸建　□集合住宅（　階建て　階）□エレベーター | | | | | | | | |
| ◎…本人　　主…主介護者　　☆…キーパーソン  ○…女性　　□…男性 | | | | | | | | | | | | 在宅主治医 | | | | 医療機関名：　　　　　医師名：　　　　　TEL | | | | | | | | |
| 通院歴・既往歴 | | | |  | | | | | | | | |
| 生活歴    患者とのかかわり状況  障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度  （現在）　　　　　　・  成年後見人制度利用の有・無〔　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | 障害者手帳 | | | | □身体（　級）　□知的障害　□精神障害　□難病： | | | | | | | | |
| 要介護度 | | | | □事業対象者　□申請中　□区分変更中　□要支援1･2　□要介護1･2･3･4･5 | | | | | | | | |
| 介護認定期間 | | | | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| サービス利用状況 | | | | | | | | | | | | |
| □訪問介護（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □通所介護（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □訪問看護（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □訪問リハビリ（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □通所リハビリ（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □短期入所（　　回/週）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □福祉用具貸与（内容：　　　　　　　）事業所名： | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 経済状況 | | | 保険・年金等（　　　　　　　　　月額　　万円）□生活保護 | | | | | | | | | |
| ＡＤＬ | | 自立 | | | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | 介護方法（要支援は必要事項のみ記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 移動方法 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | □ストレッチャー　□車いす　□杖　□歩行器　□装具・補助具　□シルバーカー | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔清潔 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | 義歯　□無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 食　　事 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | □普通食　□治癒食（□糖尿病食　□高血圧食　□腎臓病食　□その他）　□アレルギー（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 主食：□米飯　□全粥　□ミキサー　　水分：とろみ剤使用　□無　□有 | | | | | | | | | | | | | |
| 副食：□通常　□一口大　□刻み　□極小刻み　□ミキサー（□とろみ付） | | | | | | | | | | | | | |
| 嚥下状況：□良　□不良　　　咀嚼状況：□良　□不良 | | | | | | | | | | | | | |
| 更　　衣 | | □ | | □ | | | □ | | | □ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 入　　浴 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | □自宅（浴室）　□訪問入浴　□通所系サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 排　　泄 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | 場所：□トイレ　□ポータブル　□尿器　□オムツ　□リハビリパンツ（□常時・□夜間のみ） | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬管理 | | □ | | □ | | | □ | | | □ | 薬剤内容・投与方法： | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症状 | | □無　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養上の  問題 | | □無　□有（□幻想・幻聴　□興奮　□不穏　□妄想　□暴力　□介護への抵抗　□昼夜逆転　□不眠　□徘徊  　　　　　　□危険行為　□不潔行為　□意思疎通困難　□難聴（　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　□視力障害（　　　　　　　　）　□理解力（　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療処置 | | □バルーンカテーテル　□ストマ　□気管切開　□喀痰吸引　□胃ろう　□じょくそう　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性格・心身の状況 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病気に対する理解度・意識 | | | | | | 本人：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　家族： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の希望 | | | | | | □在宅　□施設　⇒　希望者：□本人　□家族 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の生活状況 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡事項・その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（この情報を提供することについて、御本人又は御家族から同意をいただいています。）　　　　　　　　　　　令和２年２月改訂