

入院時情報提供書

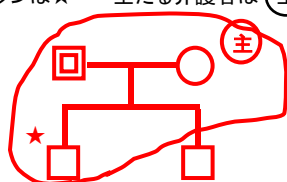
記入例

| | |
|-------|----|
| 〇〇〇 | 病院 |
| 医療連携室 | 様 |

| | |
|------|--------------|
| 事業所名 | 座間居宅介護支援事業所 |
| TEL | 046-206-5131 |
| FAX | 046-206-5137 |
| 携帯電話 | |
| 担当者名 | 〇〇 〇〇 |

※退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

入院日 令和 8 年 〇 月 〇 日 情報提供日 令和 8 年 〇 月 〇 日

| | | | | | |
|-----------------|--|----------|--|---|-----------------------------|
| フリガナ 氏名 | ザマ タロウ 座間 太郎 様 | 生年 月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 17 年 4 月 1 日 84 歳 | 住所 | 〒 252 - 0021 座間市緑ヶ丘1-1-1 |
| 緊急連絡先 | ① 座間 花子 (続柄 妻) ② 座間 一郎 (続柄 長男) 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 | | TEL | 046-〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| かかりつけ医 (連絡先) | ① 〇〇病院 ② 〇〇クリニック Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇 | | 家族構成 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (年齢) 罫線で結ぶ 同居を〇 キーパーソンは★ 主たる介護者は (主) 本人は〇  | |
| 既往歴 | 平成23年8月 直腸がん 平成29年12月 脳血管性認知症 | | サービス利用 | 訪問看護 1 回/週 〇〇訪問看護ステーション 訪問介護 2 回/週 〇〇訪問介護ステーション 訪問入浴 回/週 訪問リハ 1 回/週 通所介護 3 回/週 () 回/週 通所リハ 回/週 () 回/週 短期入所 福祉用具 | |
| 介護保険 | 申請中 (/ 付) 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 生保 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 受給 担当: | 保険情報 | 介護保険 (2) 割 国保 () 割 後期高齢 (1) 割 社保 () 割 | | |
| 医療証 | 障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級 特疾: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 【自宅での生活状況】 | | |

| | | | | | | | |
|-----------|---|---|--|---|--|--|---|
| 栄養 | 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 | 回数 | | 移動 | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 形態 | 主食: | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト | | | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | | 副食: | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> パースト | | | 立ち上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 輸液 | | | 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 排泄 | 嚥下: | <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる | | | 立位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 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 | | | 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 | |
| | 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 | | | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 失禁 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれに) | | | 移動手段 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー | |
| 清潔 | 方法 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル類 | | | 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 | |
| | 保清 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | 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 | |
| コミュニケーション | 方法 | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 | | | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (〇〇 1錠) | |
| | 言葉 | <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる | | | 認知・精神面 | 認知症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | 意思伝達 | <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:) | | | | 専門医への受診: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (〇〇〇クリニック) | |
| 聴覚 | 日常生活に <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 判断不能 | | | 精神疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | |
| 口腔ケア | 視覚 | 日常生活に <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 判断不能 | | | 中核症状: <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 | | |
| | 義歯: | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 下: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) | | | 周辺症状: <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動障害 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ | | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | 皮膚疾患 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) | |
| 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) | | | | | | |
| 医療的処置 | <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ストマ (<input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 尿路) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (L) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (自己注射 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 | | | | | | |

その他 (在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)

最近、昼夜逆転傾向と失禁、排泄物いじり等の行動が見られ、介護者の妻は心身ともに疲労困憊で施設入所を希望。
 本人はDSが好きで在宅を希望している。同居の長男は就労により休日のみの支援で、母親を心配し、退院後は施設を希望している。
 * 家族関係 (主介護者とキーパーソンが違う・家族が仲が悪い等) や経済状況等に配慮が必要な場合は具体的に記入。
 * 書面に記載しづらい事柄は、電話で相談員に伝える。

※本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

