

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 1 年 〇 月 〇 日

情報提供日 令和 1 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	M T S 12 年 4 月 1 日 81 歳	住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号
緊急連絡先	① 座間 花子 (続柄:妻) 住所 座間市緑ヶ丘1-1-1 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇	② 座間 一郎 (続柄:長男) 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	
かかりつけ医 (連絡先)	① 〇〇病院 Tel 046-〇〇〇-〇〇〇〇	② 〇〇クリニック 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○ キーパーソンは★ 主たる介護者は(主) 本人は○ 	
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 ○〇訪問看護ステーション 訪問介護 2回/週 ○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 1・2 要介護 1・2・③・4・5	生保 受給	無・有 担当:		
保険情報	介護保険 (2)割 後期高齢 (1)割	国保 ()割 社保 ()割			
医療証	障害: 有・無() 級	特疾: 有・無			

【自宅での生活状況】

栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	回数	2回/日	移動	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助
	形態	主食:	常食・粥・ペースト			起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助
		副食:	常食・刻み・ソフト・ペースト			立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助
		とろみ:	無・有			座位	自立・見守り・一部介助・全介助
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: むせない・時々むせる・常にむせる				立位	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助		移動	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助			歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	
	失禁	無・有(常・時々・まれに)			移動手段	独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー 歩行器・車いす・ストレッチャー	
	方法	トイレ・トイレ・おむつ・リハビリパンツ・尿器・カテーテル類			整容	自立・見守り・一部介助・全介助	
清潔	保清	自立・見守り・一部介助・全介助		更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		
	方法	一般浴・機械浴・清拭		睡眠	良眠・不眠 薬の服用: 無・有(〇〇〇1錠)		
コミュニケーション	言葉	話せない・話せる		認知・精神面	認知症	無・有	
	意思伝達	できない・できる(伝達方法:)			専門医への受診	無・有(〇〇クリニック)	
	聴覚	日常生活に支障なし・支障あり・判断不能			精神疾患	無・有()	
ケア	視覚	日常生活に支障なし・支障あり・判断不能		中核症状	記憶障害・見当識障害・実行機能障害 失語・失認・失行		
	義歯	自立・見守り・一部介助・全介助 無・有(上:無・有 下:無・有)		周辺症状	妄想・せん妄・睡眠障害・食行動障害 暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊・うつ		
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助		褥瘡	無・有(部位:)	皮膚疾患	無・有(部位:)	
医療的処置	膀胱留置カテーテル 膀胱瘻 腎瘻 ストマ(消化管) 尿路) 在宅酸素(L) 人工呼吸器 インシュリン注射(自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 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みのの支援で、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。