

# 入院時情報提供書

病院	
様	

事業所名	
TEL	
FAX	
携帯電話	
担当者名	

※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 年 月 日 情報提供日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳	住所		
緊急連絡先	① (続柄) ② (続柄) 住所 住所 Tel Tel			TEL		
かかりつけ医 (連絡先)	① ② Tel Tel					
既往歴					家族構成	
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 ( ) 割 国保 ( ) 割 後期高齢 ( ) 割 社保 ( ) 割					サービス利用
医療証	障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 級 特疾: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
<b>【自宅での生活状況】</b>						
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		
	形態	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト				
		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 とろみ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
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					
	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					
排泄	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				
	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				
	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 )				
	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				
清潔	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				
	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭				
コミュニケーション	言葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる				
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )				
	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				
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				
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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 )					
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					
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)						

※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。

