

## 入院時情報提供シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

**医療機関名**

**担当者** \_\_\_\_\_ 様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。  
退院時に連絡をいただきたく、よろしく願いいたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他( )】									
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号				
家族構成図		本人連絡先	自宅番号:		携帯番号:					
主・主介護者 ☆・キーパーソン <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <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 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		疾患名・かかっている病院	主病名:		既往歴:					
		服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
		介護認定	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 区分変更中 ) <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 申請中 ) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
<世帯状況>		障がい日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他( )		認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
		障がい等の認定	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)							
IADL	できる	不完全	できない	特記						介護保険サービス・その他のサービス等利用状況
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<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)
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 小規模多機能 福祉用具貸与(内容: )
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 地域での参加 <input type="checkbox"/> その他( )
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用					
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
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					
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: ) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分: とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量: 1日 ml) 副食: <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"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 )					
精神的な状況(認知機能含む)	問題の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *特記: 丁寧な説明の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <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"/> 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( )									
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <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 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他( )									
連絡事項・その他(在宅での生活の様子, 療養上の課題, 本人・家族の意向や不安, 認知機能など必要と思うことを記載)										