

# 入院時情報提供シート(介護支援専門員⇒病院)

記入日

情報提供日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

ふりがな 氏名		生年月日		年齢	歳	性別	
住所	〒						
電話番号							

緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
		〒		
		〒		

<b>家族構成図</b>		<input type="checkbox"/> 一戸建 <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				
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○女性 □男性	住環境					
	かかりつけ医	医療機関名 TEL 医師名 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
	かかりつけ 歯科医	医療機関名 TEL 歯科医師名 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
	かかりつけ 薬局	薬局名 TEL				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 未申請 有効期間 ( ~ )				
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">負担割合</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">自己負担 限度額</td> <td></td> </tr> </table>	負担割合		自己負担 限度額	
負担割合						
自己負担 限度額						

生活歴(職歴、趣味等)	サービス利用状況・サービス事業所名
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週 ) (事業所: ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週 ) (事業所: ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週、うち医療保険 回/週 ) (事業所: ) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週 ) ( ) <input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週 ) ( ) <input type="checkbox"/> 短期入所 ( 回/週 ) ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容: ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

嗜好	タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日 ) <input type="checkbox"/> やめた 酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> 毎晩 ( 合/日 ) その他の嗜好 ( )
----	--

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助				
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 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具	介護タクシー	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯	嚥下障害	<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	水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
					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"/> とろみ付 )			
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"/>	<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"/> 夜間のみ )			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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			
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<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					
					特記事項 ( )			
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					
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )							
その他								

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

この情報は、                    年                    月                    日 現在のものです。