

# >> 入院時情報提供書（表面）

入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関

居宅介護支援事業所

医療機関名： 病院

事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

|               |   |                |             |     |       |     |
|---------------|---|----------------|-------------|-----|-------|-----|
| 患者氏名          | (フリガナ)  |                | 年齢          | 才   | 性別    |     |
|               |   |                | 生年月日        |     | 年 月 日 | 生まれ |
| 住所            | 〒 ー   |                |             | TEL |       |     |
|               |   |                |             | 携帯  |       |     |
| 住環境           | 住居の種類   |                | 階建て         | 居室  | 階     |     |
|               | 特記事項  |                |             |     |       |     |
| 入院時の要介護度      | <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 未申請 |                |             |     |       |     |
|               | 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日   |                |             |     |       |     |
| 障害高齢者の日常生活自立度 |   | 認知症高齢者の日常生活自立度 | ※ケアマネジャーの判断 |     |       |     |
| 障害など手帳等情報     | 内容  |                |             |     |       |     |

### 2. 家族構成/連絡先について

|        |      |      |        |           |  |
|--------|------|------|--------|-----------|--|
| 世帯構成   |      | 特記事項 |        | *日中<br>独居 |  |
| 主介護者氏名 | (続柄) |      | TEL・携帯 |           |  |
| 緊急連絡先  | (続柄) |      | TEL・携帯 |           |  |

### 3. 本人/家族の意向について ※簡潔に記載する

|                |  |
|----------------|--|
| 本人の生活歴         |  |
| 入院前の本人の生活に対する意 |  |
| 入院前の家族の生活に対する意 |  |

### 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

|                     |                                 |                               |                                   |
|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 入院前の介護サービスの利用状況及び頻度 | <input type="checkbox"/> 訪問介護   | <input type="checkbox"/> 通所介護 | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 |
|                     | <input type="checkbox"/> 訪問リハ   | <input type="checkbox"/> 通所リハ | <input type="checkbox"/> 訪問看護     |
|                     | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 | レンタル内容                        |                                   |
|                     | <input type="checkbox"/> その他    |                               |                                   |

### 5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

|                  |  |                |    |           |  |
|------------------|--|----------------|----|-----------|--|
| 在宅生活に必要な要件       |  |                |    |           |  |
| 退院後の世帯状況         |  | 特記事項           |    | *日中<br>独居 |  |
| 世帯に対する配慮         |  | 特記事項           |    |           |  |
| 退院後の主介護者         |  | ※本シート2<br>以外氏名 | 続柄 | 電話        |  |
|                  |  |                |    | 携帯        |  |
| 介護力*             |  | 特記事項           |    |           |  |
| 家族や同居者等による虐待の疑い* |  | 特記事項           |    |           |  |
| その他              |  |                |    |           |  |

### 6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

|                     |                          |                  |
|---------------------|--------------------------|------------------|
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | <input type="checkbox"/> | 希望あり             |
| 「退院前カンファレンス」への参加    | <input type="checkbox"/> | 希望あり ・具体的な要望 ( ) |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | <input type="checkbox"/> |                  |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

# >>入院時情報提供書（裏面）

記入者氏名

情報提供日

年 月 日

## 7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

|                                   |   | 特記事項  |         | 特記事項   |         |  |
|-----------------------------------|---|---|---------|--|---------|--|
| 麻痺の状況                             |   |   |         | 褥瘡の有無  |         |  |
| A<br>D<br>L                       | 移動  |   |         | 移動(室内)   |         |  |
|                                   | 移乗  |   |         | 移動(屋外)   |         |  |
|                                   | 更衣  |   |         | 起居動作   |         |  |
|                                   | 整容  |   |         | 食事   |         |  |
|                                   | 入浴  |   |         | 転倒の既往  |         |  |
|                                   |   |   |         | 頻度   |         |  |
| 食事内容                              | 食事形態  |   |         | 食事制限   |         |  |
|                                   | 水分とろみ   |   |         | 水分制限   |         |  |
| 口腔                                | 嚥下機能  |   |         | 義歯   |         |  |
|                                   |   |   |         | <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 |         |  |
| 排泄*                               | 排尿  | 尿意の有無   |         | ポータブルトイレ   |         |  |
|                                   | 排便  | 便意の有無   |         | オムツ/パッド  |         |  |
|                                   | 失禁状況  | 状況  |         | 下剤の使用の有無   |         |  |
|                                   |   |   |         | 内容   |         |  |
| 睡眠の状態                             |   |   |         | 眠剤の使用  |         |  |
| 喫煙                                |   | 1日  |         | 飲酒   |         |  |
|                                   |   |   |         | 内容   |         |  |
| コミュニケーション能力                       | 視力  |   |         | 眼鏡   |         |  |
|                                   | 聴力  |   |         | 補聴器  |         |  |
|                                   | 言語  |   |         | 意思疎通   |         |  |
| アレルギー                             | 食べ物   |   |         | 薬物   |         |  |
| 認知症・精神面における療養上の問題                 |   | 特記事項  |         |  |         |  |
|                                   |   | <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 |         |  |         |  |
|                                   |   | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |         |  |         |  |
| 疾患歴*<br>疾患名<br>入院頻度<br>入院期間       | 年月日～年月日   |   | 年月日～年月日 |  | 年月日～年月日 |  |
|                                   | 年月日～年月日   |   | 年月日～年月日 |  | 年月日～年月日 |  |
|                                   | 年月日～年月日   |   | 年月日～年月日 |  | 年月日～年月日 |  |
| 入院前に実施している医療処置*                   | 特記事項  |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル / カテーテル最終交換日： 年 月 日  |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 胃瘻 / 次回交換予定日： 年 月 日  |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 / カテーテル最終交換日： 年 月 日   |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ / 次回交換予定日： 年 月 日   |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 透析： 頻度 特記事項：   |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 自己注射 内容：   |   |         |  |         |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> ペースメーカー造設 / ペースメーカーチェック次回予定日： 年 月 日  |   |         |  |         |  |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・状況 |   |   |         |  |         |  |

## 8. お薬について

※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

※情報取得日

年 月 日頃

|                 |      |      |      |      |  |
|-----------------|------|------|------|------|--|
| 入院前、処方<br>病院・医院 |      |      |      |      |  |
| 内服薬             | 服薬状況 | 薬剤管理 | 他者管理 | 特記事項 |  |
| 居宅療養管理指導        | 特記事項 |      |      |      |  |

## 9. かかりつけ医について ※直近の主治医意見書作成医師が望ましい

|            |        |  |             |    |                 |
|------------|--------|--|-------------|----|-----------------|
| かかりつけ医療機関名 |        |  | 電話番号        |    |                 |
| 医師名        | (フリガナ) |  | 診察方法<br>・頻度 | 通院 | ・頻度 = ( ) 回 / 月 |
|            |        |  |             |    |                 |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1, 2「退院困難な患者の要因」に関連

情報提供方法：FAXの場合は本様式のみ。持参の際はケアプランを添付すること。