

入院・入所時患者情報提供書 No.1

記入日: 年 月 日

1. 基本情報

氏名	(フリガナ)		年齢	才	性別	男・女					
			生年月日		年	月	日				
住所			電話番号								
			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						
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										
	認定日	年	月	日	有効期間	年	月	日	～	年	月
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (/週)										
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ (2/週) <input type="checkbox"/> 短期入所										
<input type="checkbox"/> 福祉用具 (シャワーチェア) <input type="checkbox"/> 給食 <input type="checkbox"/> その他 ()											
住環境 ※可能ならば 写真などを添付	<input type="checkbox"/> 一戸建て (<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階居住) エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
	<input type="checkbox"/> 段差 (<input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 玄関) <input type="checkbox"/> その他 ()										
	<input type="checkbox"/> 手すり (<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室)										
社会資源	<input type="checkbox"/> 特定疾患 () <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 重心医療助成										
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金										
	<input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者:) <input type="checkbox"/> その他 ()										
キーパーソン (代理決定者)	氏名		年齢 () 才		家族構成						
	続柄		電話番号								
介護力	<input type="checkbox"/> 主介護者がいる <input type="checkbox"/> 主介護者がいない										
	氏名 ()										
	続柄 () 年齢 () 才										
	<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいる										
氏名 () 続柄 ()											
<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいない											
本人の生活歴 (職業歴含む)											
楽しみ 過ごし方											
嗜好	喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(本/日)	飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(合/日)			

2. 本人・家族の意向

入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

3. 医療情報

既往歴						
入院歴	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
医療管理 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置					
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 透析					
	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> C・Vポート <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー					
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ()					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
かかりつけ 医療機関名			電話番号			

4. その他(気になること等)

--

居宅介護支援事業所名	電話番号
担当ケアマネジャー(フリガナ)	FAX番号