

様式1 入院時情報提供シート

令和 年 月 日

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
現住所							連絡先				
緊急時連絡先	氏名	続柄	キーパーソン	同居の有無	住所			電話番号			

家族の介護力 無 有 (留意点等: _____) 同居家族の認知症の有 無 有

家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) 手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性	在宅主治医	医療機関名:	Tel: _____
	主な既往歴	(入院歴・通院歴・治療・手術の状況)	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <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"/> 総合事業対象者 認定日: _____ 年 月 日 有効期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
	指定難病受給者証	<input type="checkbox"/> 有 (疾患名: _____) <input type="checkbox"/> 無	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度: _____) 生活保護の受給 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名: _____) <input type="checkbox"/> 無	
	サービス利用状況 (_____ 年 月 日現在)		
<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) <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) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸 (内容: _____) <input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での様子 (_____ 年 月 日現在)
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 特記事項 (_____)
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項 (_____)
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎) <input type="checkbox"/> 無 特記事項 (_____)
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 <input type="checkbox"/> 経管栄養
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 _____ 割)
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小さざみ <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 _____ 割)
					水分摂取制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (水分摂取量: 1日 _____ ml) 塩分摂取制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (塩分摂取量: 1日 _____ g)
					とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギ-: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項 (_____)
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
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"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 特記事項 (_____)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定期内服: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 管理状況: (_____)

療養上の問題 無 有 幻視・幻聴 興奮 不穏 妄想 暴力 介護への抵抗 昼夜逆転 不眠 危険行為 不潔行為 意思疎通困難 徘徊 認知 (程度: _____)

医療処置等 無 有 人工呼吸器 在宅酸素療法 インスリン BS測定 中心静脈栄養 ペースメーカー パルーンカテーテル ストマ(人工肛門・人工膀胱) 気管切開 喀痰吸引 胃ろう 褥瘡 その他 (_____)
処置の頻度 (_____) 家族での対応 可 不可 特記事項 (_____)

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活(生活歴)

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

◆連絡事項・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。
上記利用者の入院にあたり、情報提供を受けました。

年 月 日 (午前・午後 :) 医療機関名 職名 氏名