

様式1 入院時情報提供シート

令和 年 月 日

事業所名	
担当者名	

電話番号	
FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
----	--	------	-------------	----	---	----	-------

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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 留意点等：	同居家族の認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
--------	--	--

家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> 階建て <input type="checkbox"/> 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・治癒・手術の状況等)	
	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

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"/> 福祉用具貸与 (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・補助具使用 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"/> kcal) <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"/> 極小きざみ <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 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					摂取方法 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嚥下・咀嚼状況 (留意点)
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	<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"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知 (程度:)				
医療処置等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> BS測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 処置の頻度 () 家族での対応 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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