

入院時 情報提供シート

年 月 日 作成

【提出病院】
 病院名
 担当者
 住所
 TEL



【記載機関】
 機関名
 担当者
 住所
 TEL

日頃より大変お世話になっております。このたび貴病院に入院されましたので、情報提供をいたします。退院の目途がたちましたら、連絡をお願いします。また必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。尚、個人情報の取り扱いについては、事業所契約時に、個人情報利用に関する同意を得ています。

| | | | |
|--------|-------------|--------|---------------------------|
| 利用者氏名 | | 男 女 | (M / T / S / H 年 月 日 歳) |
| 在宅医療機関 | (通院 ・ 往診) | 【家族構成】 | |
| | 主治医: | | |
| キーパーソン | (続柄:) | | |
| 緊急連絡先 | (様宛) | | |

| | | | | |
|----------|---|---|---------|----------|
| 介護保険 | (要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 認定期間(~) 申請中 / 区変中) | | | |
| | ・障がい日常生活自立度 (J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2) | | | |
| | ・認知症日常生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V) | | | |
| 障がい者手帳 | ・身体 (部位) ・知的 ・精神 | 第 種 | 級 区分() | |
| 生活障がい | 視 力 | ・無 ・有() | 言 語 | ・無 ・有() |
| | 聴 力 | ・無 ・有() | 認 知 | ・無 ・有() |
| サービス利用状況 | ・なし ・訪問看護(週 回) ・デイサービス/デイケア (週 回) ・訪問介護(回/) | | | |
| | ・訪問入浴(回/) ・訪問リハ(週 回) ・その他() | | | |
| 現在の医療処置 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インスリン(自己・他者) <input type="checkbox"/> 鎮痛・鎮静剤 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(部位) <input type="checkbox"/> ドレーン挿入(部位) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 食 事 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | ム セ | ・無 ・有() |
| | | ・常食 ・軟菜 ・ペースト ・ぎざみ ・経管栄養 ・胃ろう(固形 ・ 半固形 ・液体) | | |
| 日常生活動作 | 排 泄 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 失 禁 | ・無 ・有() |
| | | ・トイレ ・ポータブル ・尿器 ・オムツ ・導尿 ・留置カテーテル ・ストマ | | |
| 入 浴 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | | | |
| | ・入浴 ・シャワー ・特殊浴槽 ・清拭 ・訪問入浴 ・銭湯 | | | |

| | | | | |
|--|------|---------------------|-----|----------|
| | 口腔ケア | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 | 義 歯 | ・無 ・有() |
|--|------|---------------------|-----|----------|

| | | | | |
|--------|-------|---|------------------------------------|----------------|
| 日常生活動作 | 移 動 | ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・独歩 ・杖歩行 ・伝い歩き ・歩行器 ・車いす ・その他() | | |
| | 薬の管理 | ・自立 ・要確認 ・1日渡し ・1回渡し ・()日分セット | | |
| | 買 い 物 | ・可能 ・代行者あり ・不可 | 金銭管理 | ・可能 ・代行者あり ・不可 |
| | 調 理 | ・本人 ・家人 ・第三者 | 外部との連絡 | ・可能 ・代行者あり ・不可 |
| | 嗜 好 | ・タバコ(本 /日) ・酒類(合/ 日・週) ・その他() | | |
| | 家屋状況 | 住 居 | ・一戸建て(階) ・集合住宅(階 エレベーター ・無 ・有) | |
| 段 差 | | ・無 ・有(玄関 ・トイレ ・風呂場 ・部屋間) | | |
| ト イ レ | | ・和式 ・洋式 ・半洋式(段上にある和式) | 手すり | ・無 ・有() |
| 風 呂 | | ・無 ・有(据え置き・埋め込み・半埋め込み) | 手すり | ・無 ・有() |
| 寝 室 | | ・無 ・有(階 その他) | 寝 具 | ・ベッド ・布団 |
| 経済状況 | 仕 事 | ① 本人 : 無 ・ 有() ② 家族 : 無 ・ 有() | | |
| | 年 金 | ・無 ・有(国民・厚生・労災) ・生保() ・その他収入源() | | |

【その他情報記入欄】入院にあたり、伝えておきたい情報を記載してください。
(記載例:入院までの経過、介護者の注意が必要な認知症の言動、主介護者との関係性、在宅での過ごし方、在宅でのリハビリテーションの内容、退院後の本人や家族の意向、など必要に応じて記載してください)