

入院時情報提供書(例)

居宅介護支援事業所名	OO居宅介護支援事業所	電話	0185-12-3456
介護支援専門員氏名	能代 太郎	ファクス	0185-12-7890
情報提供日(記入日): 令和 2年 2月 2日			

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。

【退院時カンファレンスについて】

ケアマネ参加希望あり

1. 利用者(患者) 基本情報

患者氏名	フリガナ アキタ ハナコ		生年月日				
	秋田 花子		<input type="checkbox"/> 明	<input type="checkbox"/> 大	<input checked="" type="checkbox"/> 昭	20 年 1 月 20 日	歳
			眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
			義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 部分	(<input checked="" type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)	<input type="checkbox"/> 総義歯	
住所・居所	(住所)	能代市OO1-23				電話	55-5555
	(居所)	能代市△△4-56				電話	55-6666
※施設名 ◇◇ハウス					(H 30 年 4 月~)		
介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 (申請日: 年 月 日)				手帳類	<input checked="" type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育	
認定の有効期間	H31 年 4 月 1 日 ~ R3 年 3 月 31 日						
現在の介護サービス: <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与							

2. 家族等の連絡先

順番	キー ^{パーソン}	すぐ対応可能	氏名	年齢	続柄	電話番号(自宅)	日中確実に連絡が取れる番号	備考
①	○		秋田 太郎	55	長男	00-0000	△△△-△△△△-△△△△	夕方OK
②		○	秋田 まち子	50代	長男妻	00-0000	□□□-□□□□-□□□□	携帯の留守電に入れておく
③			青森 りん子	不明	長女	不明	□■□-■□■□-■□■□	弘前市在住

世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 同居 ()	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (自宅近所に長男夫婦)
家族関係	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 比較的協力的	<input type="checkbox"/> その他 ()	

3. 医療情報①

現在治療中の病気	・血圧の薬(○○他)服用中、詳細はお薬手帳		
既往歴、直近の入院歴	・R1.12月に●●で1週間入院(詳細は自由記載へ)		
主治医	OO医院 OO先生	施設の嘱託医	△△病院
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無		

※裏面あり

3. 医療情報②

服薬	管理方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理 (管理している人: 〇〇ハウス職員)
	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れる <input type="checkbox"/> 飲み忘れ多い <input type="checkbox"/> 処方が守られていない
特別な医療	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管チューブ	
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()	

4. 生活機能の状況

食事形態	主	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 (<input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 五分 <input type="checkbox"/> 三分 <input type="checkbox"/> 重湯)	食品アレルギー
	副	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> えん下食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ	
介助方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 (<input type="checkbox"/> セッティングで可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 〇〇
摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻)		
排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・オムツ <input checked="" type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 常	<input type="checkbox"/> 無
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	・オムツ <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 常 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 常	<input checked="" type="checkbox"/> 無
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 杖等装具・補助具 <input checked="" type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()	

5. 精神面における療養上の問題

精神面	<input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄	軽度の認知症あり
	<input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行為	
	<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 物とられ妄想 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()	

6. コミュニケーション

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない		

7. 経済状況

生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他の収入
------	--	-------	---

8. 自由記載欄

(本人や家族の意向、性格、生活環境、習慣、家族関係、留意すること、病歴、追加事項、特記事項等)

- ・R1年12月1日～7日、〇〇のため△△病院に一週間入院。8日退院し、施設に戻る。
- ・退院後は引き続き△△ハウスの利用を希望。(家族、本人)
- ・〇〇の食品アレルギーあり。食べるとじんましん出る。
- ・お薬手帳は別途持参します。

【病院確認欄】 本書内容について確認しました。

病院名：〇〇総合病院

受付担当者：松原まつこ

松原

【面談日】

◇ 月 ◇ 日