

入院時情報提供書(例)

居宅介護支援事業所名	〇〇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		
		(入院日 R2 年 2 月 22 日)	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	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)	能代市〇〇1-23			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)				手帳類	<input checked="" type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神		
	<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)					<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	〇〇-〇〇〇〇	△△△-△△△△-△△△△	夕方OK
②		○	秋田 まち子	50代	長男妻	〇〇-〇〇〇〇	□□□-□□□□-□□□□	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(〇〇他)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	〇〇医院 〇〇先生	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						<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	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)						<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 〇〇〇 </div>		
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		・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		・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 (〇〇〇)									

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							
	<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 (軽度の認知症あり)							

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. 經濟狀況

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： ○○総合病院

受付担当者： 松原まつこ

松原

【面談目】

◇ 月

