

入院時情報提供書

※この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。

医療機関名		病院		記入日		令和 年 月 日 ()			
ご担当者名		様		入院日		令和 年 月 日 ()			
				情報提供日		令和 年 月 日 ()			
依頼者	事業所名			担当者名					
	電 話			FAX					
ふりがな				性別	生年月日				
対象者名				☐ 男 ☐ 女	明・大・昭・平 年 月 日 歳				
住所		市							
本人電話		自宅			携帯				
同居家族		☐ 無 ☐ 有 ()							
介護者名 (キーパーソン)		① ②	関係	① ②	電 話	① ②			
現在の主治医		病院・診療所名:		科名:		担当医:			
		電話番号:		FAX:					
疾病(傷病)名 (既往歴含む)		疾患名: 認知症: ☐ 有 ☐ 無 (医療機関名:) 精神疾患: ☐ 有 ☐ 無 (医療機関名:)							
保険種別		☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民保険 ☐ 健康保険(扶養も含む) ☐ 医療助成(☐ 有 ☐ 無:種別) ☐ 生活保護(担当者名:)							
介護保険	介護度	☐ 申請中(申請日:) ☐ 区変中(申請日:)		今後の意向	本人	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 未決定			
	要支援	☐ 1 ☐ 2			家族	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 未決定			
	要介護	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			未確認	理由:			
	有効期限	令和 年 月 日							
現在利用の介護サービス		☐ デイサービス (週 回: 曜日) ☐ 訪問介護 (週 回 曜日) ☐ 訪問入浴 (週 回: 曜日) ☐ 福祉用具 () ☐ 訪問薬局 (☐ 有 ☐ 無) ☐ 訪問歯科 (☐ 有 ☐ 無) ☐ 訪問看護 (週 回: 曜日 事業所名:) ☐ 訪問医 (月 回: 曜日 事業所名:) ☐ その他 ()							
ADL		食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		とろみ	☐ 有 ☐ 無			
		主食	☐ ご飯 ☐ 粥 ☐ ミキサー ☐ 経管栄養		副食	☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ ミキサー			
		移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 装具)						
		排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助(☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ おむつ ☐ パルンチューブ* ☐ ストマ ☐ 腎瘻)						
		尿意	☐ 有 ☐ 無	尿失禁	☐ 有 ☐ 無	便意	☐ 有 ☐ 無	便失禁 ☐ 有 ☐ 無	
		入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		意思疎通	☐ 可 ☐ 不可 ()			
		聴力	支障 ☐ 有 ☐ 無	補聴器	☐ 有 ☐ 無	視力	支障 ☐ 有 ☐ 無	眼鏡等 ☐ 有 () ☐ 無	
		服薬	☐ 有 ☐ 無		一包化	☐ 要 ☐ 不要	服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 要介助	
		お薬手帳	☐ 有 ☐ 無		住環境	☐ 戸建 (☐ 持家 ☐ 借家) ☐ 集合住宅 ()F ☐ エレベーター ☐ 有 ☐ 無			
その他 (在宅での生活環境に関する特記事項・課題)									
退院前カンファレンスの参加 ☐ 希望あり ☐ 希望なし									