

※この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。

入院時情報提供書

病院

		受付者				
		受付日		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			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		明・大・昭・平 年 月 日 歳	
住所			市			
本人電話		自宅	携帯			
同居家族		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
介護者名 (キーパーソン)		①	関係	①	電話	
		②	②	②	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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名:) 精神疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名:)				
保険種別		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(扶養も含む) <input type="checkbox"/> 医療助成(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:種別) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者名:)				
介護保険	介護度		<input type="checkbox"/> 申請中(申請日:) <input type="checkbox"/> 区変中(申請日:)		今後の意向	
	要支援		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			本人
	要介護		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未決定 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未決定
	有効期限		令和 年 月 日			未確認
現在利用の介護サービス		<input type="checkbox"/> デイサービス (週 回: 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回: 曜日) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 訪問薬局 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 訪問歯科 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回: 曜日 事業所名:) <input type="checkbox"/> 訪問医 (月 回: 曜日 事業所名:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
ADL	食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		とろみ	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	主食		<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		副食	
					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具)			
	排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルチューブ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 腎瘻)			
	尿意		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		尿失禁	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		便意	
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
聴力		<input type="checkbox"/> 支障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		補聴器		
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
服薬		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		視力		
				<input type="checkbox"/> 支障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
お薬手帳		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		眼鏡等		
				<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
服薬管理		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助				
住環境		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		<input type="checkbox"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家) <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()F <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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