

入院時情報提供書 (地域包括 居宅介護 小規模多機能型 グループ
 支援センター 支援事業所 居宅介護 ホーム → 医療機関)

報告日 年 月 日

病院地域医療連携室 様

下記の利用者の情報提供をいたします。(情報提供にあたっては、本人及び家族の同意を得ております)

基本情報

フリガナ 氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳)
住所				電話	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 家族 ()				
主な介護者	(続柄)			連絡先	
キーパーソン	(続柄)			連絡先	
かかりつけ医					
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等 ※障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 住宅改修 (未・済)				
生活状況 家族状況					

介護保険情報

要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期限	年 月 日まで
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 短期入所 (月 日程度) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()			
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> その他 ()			

身体・精神状況

【特記事項】

食 事 形 態 嚥下機能	<input 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"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥・きざみ <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 特別食				
	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
排 泄 方 法	<input 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"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル昼 <input type="checkbox"/> ポータブル夜 <input type="checkbox"/> おむつ				
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
移 乗 移動(屋内)	<input 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"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス				
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり				
服 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 ()				
認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知力低下 <input type="checkbox"/> 認知症 (診断)				
行動心理症状 (BPSD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 幻覚幻視妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 介護への抵抗				

本人家族の思い等

施設名: _____

担当ケアマネジャー名: _____

住所: _____

電話: _____ FAX: _____

*退院が決まり次第、担当者へご連絡をお願いします。

富山老人保健福祉圏地域域リハビリテーション連絡協議会 H30.12月作成