

# 病院からの連絡票

様式 2

(地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所)

年 月 日

様

病院で決まった様式がない場合は、ケアプラン作成  
依頼や退院時の情報提供等の連絡に活用ください。

下記入院患者様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)

## ①基本情報

氏名 <small>ふりがな</small>	性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所				
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 家族 ( )			
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等    * 住宅改修 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )			
主な介護者	( 続柄 )	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	連絡先
キーパーソン	( 続柄 )	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	連絡先
本人・家族の 要望等				

## ②保険情報

介護認定	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 特定疾患
サービス利用 時の留意点		

## ③医療情報

入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日
入院診療科	担当医	病棟	
病名 (既往歴)	( )		
疾患について の留意点			
医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 管理必要 <input type="checkbox"/> 服薬介助必要    * 退院時の処方内容を添付		
継続加療先	<input type="checkbox"/> 当院外来 ( 科 ) <input type="checkbox"/> 紹介 ( )		

## ④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"/> きざみ <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 時々むせあり <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	
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"/> 車椅子	
夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服用あり	
認知障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知力低下 <input type="checkbox"/> 認知症あり(診断 )	
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <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	

医療機関名・所属： \_\_\_\_\_ 退院支援者氏名： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_