|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 【選択】 |
| 入院日 | 【選択】 |
| 情報提供日 | 【選択】 |

入院時情報提供書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | - | 居宅介護支援事業所名 | 　 |
| ご担当者名 | -様 | ケアマネジャー氏名 |   |
| TEL | 06- | FAX | 06- |

（医療機関←居宅介護支援事業所）

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。是非ご活用ください。

１．利用者（患者）基本情報について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)　- | 年齢 | 0才 | 性別 | 【選択】 |
|  | -　様 | 生年月日 | 西暦 | 2018年月日生 |
| 住所 | 大阪市 | 電話番号 | 06- |
| 住環境（可能ならば写真などを添付） | 住居の種類 | 【選択】 | (選択)階建て | 居室　(選択)階 | ｴﾚﾍﾞｰﾀｰ有無 | 【選択】 |
|  | 特記事項 | - |
| 入院時の要介護度 | 【選択】 | 【選択】 | 有効期限 | 平成30年12月29日 | ～ | 平成30年12月31日 |
|  |  | 申請日 | 【選択】 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | [ ] 自立　[ ] J1　[ ] J2　[ ] A1　[ ] A2　[ ] B1　[ ] B2　[ ] C1　[ ] C2 | [ ] 医師の判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | [ ] 自立　[ ] Ⅰ　 [ ] Ⅱa　[ ] Ⅱb　[ ] Ⅲa　[ ] Ⅲb　[ ] Ⅳ　[ ] M | [ ] ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰの判断 |
| 介護保険の自己負担割合 | 【選択】 | 障害などの認定 | [ ] なし　[ ] あり　[ ] 身体　[ ] 精神　[ ] 知的 |
| 年金などの種類 | [ ] 国民年金　[ ] 厚生年金　[ ] 障害年金　[ ] 生活保護　[ ] その他（-） |

２．家族構成/連絡先について

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯構成 | [ ] 独居　[ ] 高齢者世帯　[ ] 子と同居　[ ] その他（-）[ ] 日中独居（-） |
| 主介護者氏名 | - | 続柄：【選択】　　　 | -才 | 同居 | 電話 | 0 |
| キーパーソン | - | 続柄：【選択】　　　 | -才 | 同居 | 電話 | 0 |

３．本人/家族の意向について

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の趣味・興味・関心領域など | - |
| 本人の生活歴 | - |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | - | [ ] 同封の居宅サービス計画書(1)参照 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | - | [ ] 同封の居宅サービス計画書(1)参照 |

４．入院前の介護サービスの状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 入院前の介護サービスの利用状況 | [ ] 同封の居宅サービス計画書1.2.3表参照　[ ] その他（-） |

５．今後の在宅生活の要望について（ケアマネジャーとしての意見）

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅生活に必要な要件 | - |
| 退院後の世帯状況 | [ ] 独居　[ ] 高齢者世帯　[ ] 子と同居（家族構成数【選択】名）　[ ] その他（-）\* [ ] 日中独居（-） |
| 世帯に対する配慮 | [ ] 不要　[ ] 必要（-） |
| 退院後の主介護者 | [ ] 本シート２に同じ　[ ] 右記氏名名 |  | 続柄：【選択】　　　 | 0才 |
| 介護力 \* | [ ] 十分見込める　[ ] 一部見込める　[ ] 見込めない　[ ] 家族や支援者はいない |
| 家族や同居者などによる虐待の疑い \* | [ ] なし　[ ] あり（-） |
| 特記事項 | - |

６．カンファレンスにについて（ケアマネジャーからの希望）

|  |  |
| --- | --- |
| 「院内の他職種カンファレンス」への参加 | [ ] 希望あり |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | [ ] 希望あり | 具体的な要望- |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | [ ] 希望あり |

\*=診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

７．身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻痺の状況 | [ ] なし　[ ] 軽度　[ ] 中度　[ ] 重度 | 褥瘡の有無 | [ ] なし　[ ] あり（-） |
| ADL | 移動 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | 移動（室内） | [ ] 杖　[ ] 歩行器　[ ] 車いす　[ ] その他 |
| 移乗 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | 移動（室外） | [ ] 杖　[ ] 歩行器　[ ] 車いす　[ ] その他 |
| 更衣 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | 起居動作 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| 入浴 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | 整容 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| 食事 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 |  |
| 食事内容 | 食事回数 | (選択)回／日 | 朝(選択)時頃 | 昼(選択)時頃　 | 夜(選択)時頃 | 食事制限 | (選択) | - |
| 食事形態 | [ ] 普通　[ ] きざみ　[ ] 嚥下障害食　[ ] ミキサー | UDF等の食事形態区分 | - |
| 摂取方法 | [ ] 経口　[ ] 経管栄養 | 水とろみ | [ ] 有　[ ] 無 | 水分制限 | (選択) | - |
| 口腔 | 嚥下機能 | [ ] むせない　[ ] 時々むせる　[ ] 常にむせる | 義歯 | [ ] なし　[ ] あり（部分）　[ ] あり（総) |
| 口腔清潔 | [ ] 良い　[ ]  普通　[ ] 不良　[ ] 著しく不良 | 口臭 | [ ] なし　[ ] あり |
| 排泄\* | 排尿 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ | [ ] なし　[ ] 夜間　[ ] 常時 |
| 排便 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | ｵﾑﾂ・ﾊﾟｯﾄﾞ | [ ] なし　[ ] 夜間　[ ] 常時 |
| 睡眠の状態 | [ ] 良い　[ ] 普通　[ ] 不良 | 眠剤の使用 | [ ] なし　[ ] あり（-） |
| 喫煙 | [ ] なし　[ ] 有　一日約　(選択)　本 | 飲酒 | [ ] なし　[ ] 有　一日約　(選択)　合 |
| コミュニケーション能力 | 視力 | [ ] 問題なし　[ ] やや難有　[ ] 困難 | 眼鏡 | [ ] なし　[ ] あり（-） |
| 聴力 | [ ] 問題なし　[ ] やや難有　[ ] 困難 | 補聴器 | [ ] なし　[ ] あり（-） |
| 言語 | [ ] 問題なし　[ ] やや難有　[ ] 困難 | ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝに関する特記事項 | - |
| 意思疎通 | [ ] 問題なし　[ ] やや難有　[ ] 困難 |
| 精神面における療養上の問題 | [ ] なし　[ ] 幻視・幻聴　[ ] 興奮　[ ] 焦燥・不穏　[ ] 妄想　[ ] 暴力/攻撃性　[ ] 介護への抵抗　[ ] 不眠[ ] 昼夜逆転　[ ] 徘徊　[ ] 危険行為　[ ] 不潔行為　[ ] その他（-） |
| 疾患歴　\* | [ ] なし　[ ] 悪性腫瘍　[ ] 認知症　[ ] 急性呼吸器感染症　[ ] 脳血管障害　[ ] 骨折[ ] その他（-） |
| 入院歴\* | 最近半年間の入院 | [ ] なし　[ ] 不明[ ] あり（理由：-） | 期間 | 【選択】 | ～ | 【選択】 |
| 入院頻度 | [ ] 頻度は高い/繰り返している　[ ] 頻度は低いがこれまでにもある　[ ] 今回が初めて |
| 入院前に実施している医療処置　\* | [ ] なし　[ ] 点滴　[ ] 酸素療法　[ ] 喀痰吸引　[ ] 気管切開　[ ] 胃ろう　[ ] 経鼻栄養[ ] 経管栄養　[ ] 褥瘡　[ ] 尿道カテーテル　[ ] 尿路ストーマ　[ ]  消化管ストーマ　[ ] 痛みコントロール[ ] 排便コントロール　[ ] 自己注射（-）[ ] その他（-） |

８．お薬について　※必要に応じて「お薬手帳（コピー）」を添付

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内服薬 | [ ] なし　[ ] あり（-） | 居宅療養管理指導 | [ ] なし　[ ] あり 職種：- |
| 薬剤管理 | [ ] 自己管理　[ ] 他者による管理 | 管理者 | - | 管理方法 | - |
| 服薬状況 | [ ] 処方通り服用　[ ] 時々飲み忘れ　[ ] 飲み忘れが多い、処方が守られていない　[ ] 服薬拒否 |
| お薬に関する特記 | - |

９．かかりつけ医について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関 | 医院 | 電話番号 | 0 |
| 医師名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)- | 診察方法頻度 | [ ] 通院　[ ] 訪問診療 |
| -先生 | 頻度：　(選択)　回／月 |

\*=診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連