|  |  |
| --- | --- |
| 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