

【入院時情報提供書（ケアマネ→医療機関）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
 □宜しければ、最下欄の担当者まで折り返しご連絡ください。

御担当者様（記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日）

【共通】 基本情報	フリガナ		性別	生年月日			年齢	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日 歳	
	住所						家族状況	
	キーパーソン	様 () (TEL)					<input type="checkbox"/>	
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()						
入院歴	生活歴							
	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) (原因疾患)						
入院前の状況	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 行っていない	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	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 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		食事形態	() <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	入院前の生活上の困りごと	(本人の生活上の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題) <input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付		
	認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)						
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す						
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (瓶/分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡						
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼						
	主治医	機関名			医師名			
		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度:)			(TEL)			
	歯科	機関名			(TEL)			
薬局	機関名			(TEL)				
訪問看護	事業所名			(TEL)				
リハ職	事業所名 (TEL)			リハ職氏名 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST				
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名			<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安							
	(家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安							
退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題								
事業所名	担当者名							
所在地	(TEL)			(FAX)				