

【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】	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"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日	
	住所						家族状況	
	キーパーソン	様（ ） (TEL)					<input type="checkbox"/>	
基本情報	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（ ）						
	生活歴							
入院歴	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（H 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	(本人の生活面の困りごと)		(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（ ） <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)				

【退院時情報提供書（医療機関→ケアマネ）】

※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。

（居宅・包括） 御担当者様 （記入日： 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"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日
	住所						
	電話番号	様（ ）（TEL）					
	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（ ）					

基礎疾患等	入院期間	(H 年 月 日 ~ 年 月 日) (予定)					
	手術	<input type="checkbox"/> あり ()					<input type="checkbox"/> なし
	主病名						
	副病名						
	主症状						
	既往歴	<input type="checkbox"/>					
服薬状況	<input type="checkbox"/> あり ()					<input type="checkbox"/> なし	
	<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						

特記事項	感染症及び投薬上の注意	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
		投薬上の注意	※薬剤名、薬剤の剤形、投薬経路等				
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	医師からの本人・家族への病状説明と受け止め						

入院中の状況	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"/> 無 入浴制限 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	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 (普通・軟菜・刻み・ペースト) <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (塩分・水分) 栄養指導 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり					
	夜間の状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 状態 ()					
	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					
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (担当医:)						

リハビリ等	リハビリ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度:) 運動制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	療養上の注意事項	※リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等				

カンファレンス	実施状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 実施日 (H 年 月 日)				
	参加者	所属	職種	氏名	連絡先	
		所属	職種	氏名	連絡先	
		所属	職種	氏名	連絡先	
		所属	職種	氏名	連絡先	
		所属	職種	氏名	連絡先	

医療機関名	担当者名				
所在地	(TEL)		(FAX)		