

## 入院時情報提供書

居宅介護支援事業所  医療機関

医療機関名: 〇〇病院

事業所名: 居宅介護支援事業所〇〇

ご担当者名: 土佐 花子

ケアマネジャー氏名: 高知 太郎

TEL: 〇〇-〇〇〇〇

FAX: 〇〇-〇〇〇〇

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。是非ご活用下さい。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) ヤマダ イチロウ 山田 一郎	年齢	80才	性別	男 女
		生年月日	明・大(昭) 〇〇年 〇月 〇〇日生		
住所	〒 〇〇市〇〇町△△-△	電話番号	〇〇-〇〇〇〇		
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) . 〇階建て. 居室 〇階. エレベーター (有 無)				
	特記事項 ( )				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ) 有効期間: 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の判断				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (身体 精神・知的 )		
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

## 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	山田 三郎 (続柄 長男・55才)	(同居・別居)	TEL	〇〇-〇〇〇〇	
キーパーソン	山田 和子 (続柄 長男の嫁・53才)	連絡先	TEL: 〇〇-〇〇〇〇	TEL	〇〇-〇〇〇〇

## 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	自宅庭での畑作業
本人の生活歴	* 出身地、家族構成、家族の状況、日常生活の様子、既往歴、既往症等について記載
入院前の本人の生活に対する意向	長男家族にはできるだけ迷惑をかけたくないので、必要な介護サービスを使い自宅で一人暮らしを続けたい。 <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	一人暮らしなので何かあったときがとて心配。緊急時の連絡体制をしっかりとってほしい。 <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

## 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------	--

## 5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	身体の拘縮を防ぐための通所リハの活用 在宅生活における自宅の環境整備
退院後の世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
世帯に対する配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 ・ 年齢 )
介護力*	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項	長男夫婦は近隣に居住しているが就労で日中不在のため、介護力が不足している。本人は高齢による物忘れがあり、服薬忘れが時々ある。

## 6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
	・具体的な要望 ( )

\* = 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		<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中度	<input type="radio"/> 重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
A D L	移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助
	整容	<input type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
	入浴	<input type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
	食事	<input type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
食事内容	食事回数	(3) 回/日 (朝 7 時頃 ・ 昼 12 時頃 ・ 夜 18 時頃 )				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分	
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="radio"/> むせない	<input checked="" type="radio"/> 時々むせる	<input type="radio"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部分・総)	
	口腔清潔	<input type="radio"/> 良	<input checked="" type="radio"/> 不良	<input type="radio"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	オムツ/パッド	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態		<input checked="" type="radio"/> 良	<input type="radio"/> 不良 ( )		眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙		<input checked="" type="radio"/> 無	有 _____本くらい/日		飲酒	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 _____合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	<input type="radio"/> 問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )	
	聴力	<input type="radio"/> 問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	<input type="radio"/> 問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	難聴があり補聴器を使用しているが、少し大きめでゆっくり話せば理解される。		
精神面における療養上の問題		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
入院歴*	最近半年間での入院	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ H _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 不明					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： 長男夫婦 ・管理方法： 自宅を訪れて毎日チェック )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項	認知機能の低下による薬の飲み忘れを防ぐため、お薬カレンダーなどの対策が必要 かかりつけ薬局の薬剤師等との連携		

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	〇〇病院	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
医師名	(フリガナ) 〇〇 〇〇	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( 5 ) 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