

入院時情報提供書

記入日 年 月 日
入院日 年 月 日
情報提供日 年 月 日

医療機関

医療機関名：
ご担当者名：様

居宅介護支援事業所

事業所名：
ケアマネジャー氏名：

TEL
FAX

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)様	年齢		生年月日	
		性別		LGBTQ	
		特記事項			
住所			電話番号		
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	☐ 戸建 ☐ 集合住宅 階建て 階	エレベーター	☒ あり ☐ なし		
	特記事項				
入院時の要介護度	要介護 1		介護保険自己負担割合	1割	
障害高齢者日常生活自立度	☒ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
認知症高齢者日常生活自立度	☒ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
障害など認定	☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育				
年金などの種類*	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金 ☐ 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 ()				
主介護者氏名	(続柄)	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 支払い			
キーパーソン	(続柄)	☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 支払い			
世帯に対する配慮	☒ 不要 ☐ 必要 ()			ジェノグラム ☐ フェースシート参照	

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	☐ フェースシート参照	☐ フェースシート参照
入院前の本人 家族の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画（1）参照	
終末期の意向	☐ 「私の意志表示帳」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。 ☒ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ 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		
退院後の世帯状況	☒ 入院前と同じ ☐ その他 ()	
退院後の主介護者	☒ 入院前と同じ ☐ その他 ()	
介護力*	☒ 介護力が見込まれる ☐ 介護力は見込めない ☐ 介護者なし	
※家族や同居者等による虐待の疑い	☒ なし ☐ あり	
特記事項		

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	☐	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

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				排泄*	排尿				
ADL	褥瘡の有無			□ 腔	排便				
	移 動				嚥下機能				
	移 乗				□ 腔清潔				
	移動(室内)				義歯				
	移動(屋外)				□ 臭				
	起居動作			睡眠の状態					
	更 衣			眠剤の使用					
	整 容			喫煙					
	入 浴			飲酒					
	食 事			コミュニケーション能力	視力				
食事内容	食事形態				聴力				
	摂取方法				言語				
	水分とろみ				意思疎通				
	食事制限				眼鏡				
	水分制限				補聴器				
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻覚 幻視 ☐ 興奮 ☐ 妄想 ☐ 暴言暴力 ☐ 介護抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他							
疾患歴*		☐ なし ☐ 認知症 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 骨折 ☐ 脳血管障害 ☐ その他（ ）							
入院歴*	最近半年間での入院	☒ なし ☐ あり ☐ 不明 期間： ～ （理由 ）							
	入院頻度	☒ 頻度は高く繰り返し ☐ 頻度は低いがこれまでもある ☐ 今回初めて							
入院前に実施している医療処置*		☐ 点滴管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ 人工肛門 ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 疼痛管理 ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡 ☐ 尿管カテーテル ☐ 導尿 ☐ 吸引 ☐ インスリン							

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	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	（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			
お薬に関する特記事項				

9. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法	● 通院 ○ 訪問診療
		頻度	・ 頻度＝（ ）回 / 月

*二診療報酬 退院支援加算1, 2「退院困難な患者の要因」に関連