

作成日:

入院時情報提供書

御中

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	
TEL		FAX	

 ご本人・ご家族の同意を得てあります

氏名	様	性別		生年月日	年	月	日	(歳)	
現住所				電話番号					
<家族構成> *同居は○で囲む ☆:KP				在宅におけるキーパーソン(KP)					
				氏名	(続柄:)				
				連絡先	☎ (連絡がとりやすい時間帯:)				
				家族関係等留意点					
要介護度		認定有効期間	~						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身障()	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()					

既往歴	疾患名	主治医	医療機関	受診頻度
<特別な医療・処置内容等> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				

【入院前の身体状況等】

ADL等	状況	特記事項
食事	食事動作	
	食事形態	
	水分	
	嚥下	
排泄	排尿動作	
	排便動作	
移動動作		
移乗動作		
起居動作		
入浴	入浴方法	
	入浴動作	
着脱動作		
視力		
聴力		
服薬管理		
皮膚状態		

【認知症に関すること、症状についての在宅での対応方法や工夫など】

行動障害	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 判断能力低下	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻視	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> その他 () ()		
意思の伝達		伝達方法			
詳細					
対応方法等					

嗜好	飲酒	量:		喫煙	量:	
----	----	----	--	----	----	--

サービス利用状況	サービス種類	利用頻度	利用事業所
	<input type="checkbox"/> 訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		
	<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス等		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ		
	<input type="checkbox"/> 通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハ		
<input type="checkbox"/> 福祉用具			
(貸与品)			

生活環境	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 階			エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	留意点				

【自宅での生活状況や入院までの経過等】

--

【介護の状況(介護量や介護負担、家族指導の必要性など)】

--

【在宅生活へのご本人・ご家族の意向】

ご本人	
ご家族	

【その他自由記入欄 (連絡事項や退院に向けてのお願いなど)】

--

【カンファレンスについてケアマネジャーからの希望】

カンファレンスへの参加 希望あり ・具体的な要望 ()