記入日　　令和　　年　　月　　日

入院時情報提供書（医療機関 **←** 居宅介護支援事業所）

入院日　　令和　　年　　月　　日

情報提供日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  |  | 事業所名  利用者（患者）／家族の同意に基づき、利用者情報（心身・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。 |  |
| ご担当者名 |  | 担当ケアマネジャー |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　　　　FAX：

|  |
| --- |
| １．利用者（患者）基本情報について |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ： | |  | | | | | | 年齢 | |  | | | | 歳 | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | |
|  | |  | | | | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和 | | | |  | | 年 | |  | | 月 | |  | 日 |
| 住所 | 〒 |  | | | |  | | | | | | | | ＴＥＬ | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 住環境 | 住居の種類（戸建て・集合住宅） | | | | | | | | 階立て | | | | 居室：　　階 | | | ｴﾚﾍﾞｰﾀｰ（有・無） | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院時の  要介護度 | 要支援（　）　要介護（　） | | | | | | | 有効期間：　　　　　年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請中（申請日　　／　　）　　区分変更（申請日　　／　　）　　　未申請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | | | | | 自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 | | | | | | | | | | | | | | 判断 | | | | 医師 | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　 M | | | | | | | | | | | | | | ケアマネ | | |
| 介護保険負担割合 | | 割　　不明 | | | | | 障害等の認定 | | | なし　　　あり（身体／精神／知的） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金等 | 国民年金　　厚生年金　　障害年金　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊日中独居 | | | | | |
| 主介護者氏名 |  | (続柄:　　　・　　歳) | 同居／別居 | | TEL |  |
| キーパーソン |  | (続柄:　　　・　　歳) | 連絡先TEL |  | | |

|  |
| --- |
| ３．本人／家族の意向について・入院前の介護サービスの利用状況について |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人の趣味・興味・  関心領域等 |  | | |
| 本人の生活歴  ※欄外に及ぶ場合は  別紙参照 |  | | |
| 入院前の本人の  生活に対する意向 | 同封の居宅サービス計画（１）参照 | 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（　　　　　　　　　　　） |
| 入院前の家族の  生活に対する意向 | 同封の居宅サービス計画（１）参照 |

|  |
| --- |
| ４．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 | 独居　　高齢世帯　　子と同居（家族構成員数　　　名）　＊日中独居  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯に対する配慮 | 不要　　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 退院後の主介護者 | 本シート２に同じ　　左記以外（氏名：　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　年齢：　　歳） |
| 介護力＊ | 介護力が見込める（十分／一部）　介護力は見込めない　　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＊ | なし  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
| ５．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 「院内の他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 |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | 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

|  |
| --- |
| ６．身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について |

コミュニ

ケーション能力

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻痺の状況 | | | なし　軽度　　中度　　重度 | | | 褥瘡の有無 | | なし　　あり（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ＡＤＬ | | 移　動 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | 移動(室内) | | 杖　歩行器　車いす　その他 | | | |
| 移　乗 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | 移動(屋外) | | 杖　歩行器　車いす　その他 | | | |
| 更　衣 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | 起居動作 | | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | |
| 整　容 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | 【補足】 | | | | | |
| 入　浴 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | |
| 食　事 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | |
| 食事  内容 | | 食事回数 | 回／日（朝　　時頃・昼　　時頃・夕　　時頃） | | | | 食事制限 | | | あり（　　　　）なし　不明 | |
| 食事形態 | 普通　刻み　嚥下障害食　ミキサー | | | UDF等の食形態区分 | | | | |  |
| 摂取方法 | 経口　経管栄養 | 水分とろみ | なし　あり | | 水分制限 | | | あり（　　　　）なし　不明 | |
| 口腔 | | 嚥下機能 | むせない　時々むせる　常にむせる | | | 義　歯 | | なし　　あり（　部分／総　） | | | |
| 口腔清潔 | 良　　　不良　　　著しく不良 | | | 口　臭 | | なし　　あり | | | |
| 排泄  ＊ | | 排　尿 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | ポータブルトイレ | | | なし　　夜間　　常時 | | |
| 排　便 | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | オムツ／パッド | | | なし　　夜間　　常時 | | |
| 睡眠の状況 | | | 良　　不良（　　　　　） | | | 眠剤の使用 | | | なし　あり（　　　　　　　　　） | | |
| 喫　煙 | | | 無　　有（　　　本くらい／日） | | | 飲　酒 | | 無　　有（　　　　合くらい／日あたり） | | | |
|  | 視　力 | | 問題なし　　やや難あり　　困難 | | | 眼　鏡 | | なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 聴　力 | | 問題なし　　やや難あり　　困難 | | | 補聴器 | | なし　　あり | | | |
| 言　語 | | 問題なし　　やや難あり　　困難 | | | 【特記事項】 | | | | | |
| 意思疎通 | | 問題なし　　やや難あり　　困難 | | |
| 精神面における療養上の問題 | | | なし  幻視・幻聴　　興奮　　焦燥・不穏　　妄想　　暴力/攻撃性　　介護への抵抗　　不眠  昼夜逆転　　徘徊　　危険行為　　不潔行為　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 疾患歴＊ | | | なし  悪性腫瘍　　認知症　　急性呼吸器感染症　　脳血管障害　　骨折  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 入院歴\* | 最近半年間での入院 | | なし　　　あり（理由:　　　　　　　　　　　期間:　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日）  不明 | | | | | | | | |
| 入院頻度 | | 頻度は高い／繰り返している　　　頻度は低いが、これまでにもある　　　今回が初めて | | | | | | | | |
| 入院前に  実施している  医療処置＊ | | | なし  点滴　　酸素療法　　喀痰吸引　　気管切開　　胃ろう　　経鼻栄養　　経腸栄養  褥瘡　　尿道カテーテル　　尿路ストーマ　　消化管ストーマ　　痛みコントロール  排便コントロール　　自己注射（　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 特記事項 | | |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ７．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 | 自己管理　他者による管理（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 | | |
| 薬に関する  特記事項 |  | | |

|  |
| --- |
| ８．かかりつけ医について |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関 | |  | 電話番号 |  |
| 医師名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 診察方法  頻度 | 通院　　　訪問診療  頻度＝（　　　）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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和元年10月ケアマネット清瀬作成