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