

# 入院時情報提供書 (ケアマネジャー → 医療機関) 記入日

医療機関名

入院日

居宅介護支援事業所

介護支援専門員

TEL

FAX

退院前カンファレンス参加希望  有  無

フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	0 歳		
住所					電話		
シエノグラム・エコマップ	キーパーソンに★印	連絡先①	氏名 (続柄: )	電話			
		連絡先②	氏名 (続柄: )	携帯電話			
		介護力等	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 日中高齢者世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態、認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )				
傷病	診断名	医療機関	医師名	発症年月日			
最近半年間の入院		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	～	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰返している			
介護保険	認定内容	<input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業					
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ( ) <input type="checkbox"/> 住宅改修 ( ) <input type="checkbox"/> 他 ( )					
	介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明					
年金などの種類	<input 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 <input type="checkbox"/> 不明						
医療保険の区分	<input type="checkbox"/> 現役並み <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得 (非課税) <input type="checkbox"/> 不明						
障がい等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 ( )種 ( )級 ( )						
ADL (入院前)	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		義歯の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> むせる ( )					
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> トイレ ( ) <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カーテル等			
	住環境	寝室【 <input type="checkbox"/> ベッド ( ) <input type="checkbox"/> 布団】 浴室【段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無】					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		能力コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	
アルコール	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (飲酒量1日 合)		服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬無 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )			
認知症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症自立度		今後の生活の展望について、ケアマネジャーとしての意見 (在宅に必要な要件、その他特記事項)			
在宅生活について	本人の意向						
	家族の意向						

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

退院が決まり次第、連絡をお願いします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。