

入院時情報提供書 (ケアマネジャー→医療機関)

記入日 平成 年 月 日

医療機関名: _____

入院日 平成 年 月 日

居宅介護支援事業所 _____

介護支援専門員: _____

問い合わせ先: 電話 _____ FAX _____

退院前カンファレンスへの参加希望 有・無

【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。

フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	住環境に関する特記:			電話	
ジェノグラム・エコマップ	同居・夫婦のみ・その他 キーパーソンに★印	連絡先①	氏名 (続柄:)	電話 携帯電話	
		連絡先②	氏名 (続柄:)	電話 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()		
かかりつけの医療機関診断名	医療機関名	医師名	診断名	発症年月日	
最近半年間の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 平成 年 月 日～平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している				
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"/> その他()			
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				
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 <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証				
身体・生活状況 (ADL(入院前))	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		(ペスト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)	
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		義歯の使用: 無・有 嚥下機能: 良好・時々むせる・むせる	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		移動手段: 杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・()	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		手段: ストレッチャー・その他()	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		(トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・おむつ・カテテル等)	
	住環境	寝室【ベッド()・布団】		浴室【段差(無・有) 手すり(無・有)】	
	清潔	更衣	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	
		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		
	精神面	麻痺	無・有	拘縮	無・有
		認知症状	無・有		
精神面		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不眠(薬の服用: 無・有) <input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)			
		服薬管理(入院前)	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていな	
	服薬状況				
	服薬無	特記事項			
入院前	本人の意向	今後の生活展望について、ケアマネジャーとしての意見 (在宅生活に必要な要件、その他特記事項)			
	家族の意向				