

【入院時情報提供書 記入例】

入院時情報提供書

記入日: 年 月 日  
 最終訪問日: 年 月 日  
 入院日: 年 月 日  
 情報提供日: 年 月 日

～病院の声～



医療機関名: ○○○病院

ご担当者名:

事業所名: △△ケアプランセンター

ケアマネジャー氏名:

利用者(患者)・家族の同意に基づき利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

TEL:  
FAX:

1.利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) <b>イカイ レンコ</b>	年齢	<b>83才</b>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	<b>医介 連子</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	<b>14年 8月3日生</b>	
住所	〒○○○-○○○○ <b>奈良市柏木町○○○-○</b>		電話番号	<b>0742-○○-○○○○</b>	
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居種類: <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅、 <input type="checkbox"/> 階建て、居室 <input type="checkbox"/> 階、エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 特記事項:				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) 有効期間: <b>R3年12月14日～R4年12月31日</b> <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャー
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神		
年金などの種類	<input checked="" 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:				

入院前の生活がよくわかる。この人が担当ケアマネだとわかるので、個人情報保護の観点からも助かっている。

2.家族構成/連絡先について

世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> その他:				
主介護者氏名	(続柄・才)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL		
キーパーソン	<b>医介 連之助'</b> (続柄 <b>息子・68才</b> )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL		

ACP(人生会議)について  
 ・いつの時点での意向か日付を書いてほしい。  
 ・本人にとって大切なこと、受ける医療に関する希望、療養の場所などを話合っていたら教えてほしい。

3.本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域・社会参加等	<b>農家で育てられたため、庭仕事が趣味だった。最近は土いじりの姿勢が保てないため、プランタのお花のお手入れ、水やりを楽しんでいる。最近、ひ孫が生まれ、遠方のためまだ対面できていないが、会える日を楽しみにしている。</b>
本人の生活歴	<b>10年前に夫が他界。それまでは夫や友人と外出等を頻繁にされていたが、現在はひきこもりがち。近所に住む息子と必要時に買い物に行く程度。</b>
入院前の本人の生活に対する意向	<b>(R3年12月に介護保険の認定を受けられ、ケアマネ介入開始。初回アセスメントでの聞き取り。)独居ではあるが、まだまだ自分で暮らしていける。最期まで自宅で暮らしたいと思っている。あまりヘルパー等にも家に入ってもらいたくない。しかし家族に迷惑はかけたくはない。</b> <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<b>本人の気持ちを尊重してあげたいが、どこまで自宅で一人で生活できるのか心配。</b> <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

入院前、自宅での具体的な生活の様子がわかると、退院支援の参考になる。

4.入院前の介護サービスの利用状況について

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。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他:
-----------------	---

5.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	<b>玄関の外に7段の階段があり、屋内にも段差が多くありますので、段差の上り下りができる必要がある。手すり等は、退院前にご本人ご家族やリハビリの先生とも相談させていただきたい。</b>
退院後の世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他:
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要:
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名: 続柄: 年齢: )
介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者がいない
虐待の疑い	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:
特記事項	

金銭面や家族との関係等、シートに書ききれない部分は、電話や面談で教えてほしい。

6.カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望:
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	備考：		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
食事内容	食事回数	(3)回/日 (朝7時頃・昼12時頃・夜18時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり( )	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 嚥下障害食				水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		量：	栄養食名：	水分制限	<input type="checkbox"/> あり： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良：夜中に数回目が覚める				眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
喫煙		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 __本くらい/日		飲酒		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 __合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 老眼鏡 )		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他：時々ふさがちになることがある(息子からの聞き取り)						
疾患歴・入院歴*	病名		病院名			発症や入院期間		
入院前に実施している医療処置*		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射： <input type="checkbox"/> その他：						

入院前、どのようなADLだったのかわかると、リハビリ等の参考になる。

医療処置がある場合、誰が管理していたのかがわかると参考になる。

服薬内容やかかりつけ医等、本人から聞き取れない場合もあるため、助かる。

その方について、ケアマネジャーとして伝えておきたいことを書いてもらいたい。

8. 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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(合計 2 種類)	在宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種： )
薬剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： ・管理方法： )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" 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い <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	〇〇-〇〇〇〇
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診察
	〇〇クリニック		頻度 = 1回/月 (最終受診日 / )
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診察
			頻度 = 回/月 (最終受診日 / )

特記事項

\* = 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