

記入例

記入日：00年 00月 00日
 入院日：00年 00月 00日
 情報提供日：00年 00月 00日

入院時情報提供書

詳細については、来院（来所）、お電話にてご連絡いたします。

医療機関

居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）

医療機関名：A病院

事業所名：ケアプラン・ウェルファーム

ご担当者名：a相談員様

担当者氏名（職種）：世田谷 太郎（ケアマネジャー）

TEL:00-0000-0000 FAX:00-00000-0000

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。

1. 利用者(患者)基本情報について

| | | | | | |
|----------------|--|--------|--|---|--|
| 患者氏名 | (フリガナ) スギナミ ハナコ 杉並 花子 | 年齢 | 78才 | 性別 | 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 住所 | 〒166-0004 杉並区阿佐谷南1-0-00 | 生年月日 | 明・大(昭) | 15年10月10日生 | |
| 住環境 | 住居の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅、 <u>2</u> 階建て、居室 <u>2</u> 階、エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> (有) <input type="checkbox"/> (無) | 電話番号 | 00-00000-0000 | | |
| 入院時の要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) 有効期間：H30年9月1日～31年8月31日 <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 checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 | |
| 介護保険の自己負担割合 | <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明 | 障害など認定 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的) _____ 級・度 | | |
| 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() | | | | |

2. 家族構成/連絡先について

| | | | | | |
|--------|---|---------|-----|--------------|--|
| 世帯構成 | <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居 | | | | |
| 主介護者氏名 | 杉並 杉太郎 (続柄 夫・83才) | (同居・別居) | TEL | 00-0000-0000 | |
| キーパーソン | 千代田 並代 (続柄 長女・54才) | (同居・別居) | TEL | 00-0000-0000 | |

3. 本人/家族の意向について

| | |
|-----------------|--|
| 本人の趣味・興味・関心領域等 | ・コーラスの会に参加(70才～) ・近所の友人達と旅行を楽しんできた。 |
| 本人の生活歴 | 20才代で結婚し、子どもは長女が一人。夫と共に鮮魚店を営んできたが、10年前に廃業。店舗としていた1Fを駐車場として利用し、2Fに居住。商店街の友人たちと交流の多い生活をしていた。 |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | 馴染んだこの町、この家でずっと暮らしたい。 <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 | 夫一家がいちばんいいに決まってる。でも世話をするのは大変なんだ。この先が心配だ。 娘一人が安心して暮らせる現在の家で、なんとか生活を続けてほしい。 <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照 |

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 | 排泄、保清のケアが必要。訪問看護、訪問介護の検討が適当。 |
| 退院後の世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input checked="" type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない |
| 特記事項 | 3年前前からアルツハイマー型認知症を発症。排泄の失敗による皮膚トラブルが治まらず、尿路感染による発熱も繰り返す。同居の夫は介護に難儀し放置。時に暴言などもある様子。 取消し線の部分は当シート上部の□にチェックし、この用紙には記入せず電話等で医療機関に報告する。 |

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 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 |
| 「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 |
| | ・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

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 | 軽度 | 中度 | 重度 | 褥瘡の有無 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(でん部に発赤) | | |
| A D L | 移動 | 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(室内) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 移乗 | 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動(屋外) | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 | | |
| | 更衣 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 全介助 | 起居動作 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | 見守り 一部介助 全介助 | |
| | 整容 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 全介助 | | | | |
| | 入浴 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 全介助 | | | | |
| | 食事 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 全介助 | | | | |
| 食事内容 | 食事回数 | (2)回/日 (朝 9 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 17 時頃) | | | | 食事制限 | <input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| | 食事形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | UDF等の食形態区分 | | | |
| | 摂取方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | 水分とろみ | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 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 | むせない | <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる | 常にむせる | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 部分 ・ 総) | | | |
| | 口腔清潔 | 良 | 不良 | <input checked="" type="checkbox"/> 著しく不良 | 口臭 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり | | | |
| 排泄* | 排尿 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 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 | 自立 | 見守り | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | 全介助 | オムツ/パッド | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時 | | |
| 睡眠の状態 | | <input checked="" type="checkbox"/> 良 | 不良() | | 眠剤の使用 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | | |
| 喫煙 | | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 有 _____本くらい/日 | | 飲酒 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 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 | やや難あり | 困難 | | 眼鏡 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | | |
| | 聴力 | 問題なし | <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり | 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 | やや難あり | 困難 | | コミュニケーションに関する特記事項: | | | |
| | 意思疎通 | 問題なし | やや難あり | <input checked="" 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"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 危険行為 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 疾患歴* | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 入院歴* | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(理由: 尿路感染 期間: H 30 年 11 月 20 日 ~ H 30 年 11 月 30 日) <input type="checkbox"/> 不明 | | | | | | | |
| | 入院頻度 | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて | | | | | | | |
| 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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input checked="" 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() | | | | | | | |

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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() | 居宅療養管理指導 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:) |
| 薬剤管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 夫 ・ 管理方法: 通所用バック内に保管⇒通所先へ持参) | | |
| 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input checked="" 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 | 皮膚科より「アズノール」処方。でん部発赤部に塗布。本人・家族により使用は難しく、週2回、通所先のNSに塗ってもらう。 | | |

9. かかりつけ医について

| | | | |
|-----------|---------------|---------|--|
| かかりつけ医機関名 | B診療所 | 電話番号 | 00-0000-0000 |
| 医師名 | (フリガナ) b医師 | 診察方法・頻度 | <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = (0, 5) 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