

# 様式1 入院時情報提供シート(徳之島地区)

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

(入院医療機関名・担当者名)

様 年 月 日作成

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳
住所									性別	男・女
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号						

<b>家族構成図</b> ※分かる範囲で年齢, 居住地を記入 <small>主: 主介護者                  ☆: キーパーソン                  ○: 女性                  □: 男性</small>	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) ベッド: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 手すり: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 段差: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
	在宅主治医	1. 医療機関名				主治医名					
	既往歴	2. 医療機関名 主治医名									
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 認定日: 年 月 日, 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日									
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<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									
	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									
	特定医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名: )									

サービス利用状況・サービス事業所名

訪問介護(回/週)( )  訪問看護(回/週)( )  通所介護(回/週)( )  
 通所リハ(回/週)( )  訪問リハ(回/週)( )  短期入所(回/週)( )  
 福祉用具貸与(内容: )  その他( )

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入 ( 年 月 日時点)
-----	----	-----	------	-----	-------------------------

移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用( <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 歩行者使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---

移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 )
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ml/日), とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー( <input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他( ), 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室)(回/週) <input type="checkbox"/> 清拭(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所系サービス(回/週)
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ, 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時 下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> どちらも不要, 情報提供書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・その他: ) 視力(普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力(普通・やや難聴・難聴・補聴器)
--------	--

医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素 等・その他: ), 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
------	---

◆特記事項/その他(日中の生活, 本人・家族の思い, 在宅での目標, 介護力等)