

入院時情報提供シート

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 → 病院・施設)

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	
ふりがな 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳 性別 男・女
保険証 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆			
緊急時 連絡先	氏名	住所	続柄 電話番号
家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主:主介護者 ☆:キーパーソン ○:女性 □:男性		かかりつけ医 通院・往診	かかりつけ 歯科医 かかりつけ 薬局
要介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
日常生活		寝たきり度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
自立度		認知症の状況 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
既往歴		サービス利用状況	
		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス (回/週)	
		<input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (回/週)	
		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:) <input type="checkbox"/> 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 (特記事項)	
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"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	
口腔清掃	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	口臭: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 疼痛: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔乾燥: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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 (<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)	
		主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とうもろこし使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極少刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> トロミ付)	
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) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス ()	
排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> バルーン管理	
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	処方形態: 一包化・粉砕・() 内服時注意事項:	
療養上の 問題	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
		<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
医療処置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回/週) <input type="checkbox"/> 酸素 (ℓ)	
		<input type="checkbox"/> 胃ろう (内容:) <input type="checkbox"/> 点滴 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡事項・その他(生活歴・日課、趣味等)			