

入院時情報提供書

* FAXで情報提供する場合は個人情報をご消すこと。(「居住市町村」+イニシャルのみ記入)

(枚中 枚目)

(FAX連絡時は必ず相手方の受信確認(受け取り担当者名含む)をすること!)

作成日: 年 月 日
大宛先: 年 月 日

御中

※以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

★サービス計画書の添付(有・無)

基礎情報	ふりがな			性別	生年月日				
	氏名			男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)			
	住所	市・町・村		TEL	0 - -				
	緊急連絡先	続柄()	電話	自宅 携帯	家族構成 同居家族は○で囲む ★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性				
		続柄()	電話	自宅 携帯					
	キーパーソン	同居・別居		続柄() (市町村 在住)					
	要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 申請中(新規・更新・区分変更) 有効期間:平成 年 月 日~平成 年 月 日 〔被保険者番号: 〕							
	障害等認定	身障:無・有(種別: /)級 精神()級 ・療育(有(A・B)・無)・原爆・石綿(アスベスト) ・指定難病:無・有()							
	介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(曜日) <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> 訪問看護(曜日) <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 訪問入浴(曜日) <input type="checkbox"/> 住居改修(時期: 年頃) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(曜日) <input type="checkbox"/> 通所介護(曜日) <input type="checkbox"/> 通所リハ(曜日) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> その他(内容:)		* 主介護者()続柄() 備考欄(家族状況) * <input type="checkbox"/> 日中独居(それに準ずる)* <input type="checkbox"/> 虐待の可能性あり * <input type="checkbox"/> 介護力が乏しい(老老介護・主介護者が認知症等)					
		備考							
* 経済状況(医療保険)	年金 無・有(種別:) 医療保険 (<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ケースワーカー)		住宅環境 一戸建て・集合住宅(階) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式)・エレベーター(有・無)						
かかりつけ医等	かかりつけ医①	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 所在地(市町村名)() 医療機関・主治医名 (有・無) 連絡先:		住宅環境における注意点(課題)・改修内容等 ※箇条書きで記入する 例)・玄関に段差あり(50cm程度) 等					
	かかりつけ医②	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 所在地(市町村名)() 医療機関・主治医名 (有・無) 連絡先:							
	かかりつけ薬局	機関名: 所在地(市町村名): お薬手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 有りの場合、家族等に持参依頼して下さい							
	かかりつけ歯科医	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名: (有・無) 連絡先:							
病歴・疾病	感染症	感染症:不明・無・有()							
	アレルギー	アレルギー:不明・無・有()							
	既往歴治療状況	がんの有無:(不明・無・有 ⇒ 部位:)							
薬剤情報	未把握	主治医による病状の告知(がんを含む) 告知の実施:(不明・無・有) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()							
	薬剤名(効果等)	薬剤情報書の添付(有・無) ・抗結核菌薬(不明・無・有) ・6種類以上薬を飲んでいる(はい・いいえ)							

* = 診療報酬 入退院支援加算1.2 「退院困難な患者の要因」に関連

(南和地域における入退院連携マニュアル 2019.2)

【注】入退院支援加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

記載されている情報は作成日現在、ケアマネジャーが把握したものです。それ以降に変更となっている場合があります。

裏面に続きます

	自立	見守り	一部介助	全介助	備考（各項目について、普段の実施方法など把握していれば記載）（ 枚中 枚目）	
移動	室内 屋外	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー（ ）
食事	摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・形態：（普通・軟菜・刻み・ペースト・トミ）使用する食器：（箸・スプーン・自助具） 嚥下状態（良・不良） 咀嚼状況（良・不良） □ 経管栄養 嗜好（ ） □ 栄養指導：（指導内容： ）担当管理栄養士（ ）
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
* 排泄	排尿	（支障有り・支障無し）				トイレ・ホータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ（常時・夜間のみ） リハビリパンツ（常時・夜間のみ）失禁（無・時々有・常時有）下剤使用（無・有）浣腸（無・有）
	排尿動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便 排便動作	（支障有り・支障無し）				
口腔	ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯（無・有）（上・下・全部）（ ）
	服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自宅での服薬方法など（ ）
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可（シャワー・清拭） 自宅（浴室）・訪問入浴・通所系サービス 入浴時の注意点（血圧指示等）（ ）	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり（ ） 座位保持（ ） 立ち上がり（ ） 立位保持（ ） 寝返り（ ）	
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう・経管 <input type="checkbox"/> カテーテル（膀胱留置・導尿） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・ポート <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じよく瘡（部位： ） <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 摘便・浣腸 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
視力	普通・視力低下あり・眼鏡（無・有） 視野狭窄・視野欠損・全盲・不明			聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器（無・有） 不明	
運動機能	麻痺：なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他（ ） 拘縮：なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他（ ）					
言語 （発語状況）	支障なし・はっきりしない・話せない 特記事項（ ）			理解度 （受け答え）	支障なし・やや困難・できない 特記事項（ ）	
生活 パターン	（趣味・日課・特技など）					
認知・精神面	特記なし・あり ⇒ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力					
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
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
その他（ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・医療上の注意点等）						
（身体面）			（社会性）			
（精神面）						
本人の希望	<input type="checkbox"/> 少しでも早く在宅に帰りたい ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
情報提供事業所名				TEL		
担当ケアマネジャー名				その他連絡先	病院への情報提供日 年 月 日	

病院担当部署名	TEL/FAX
病院担当者/申し送り(カンファレンス等)参加者 職・名	
★カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望) ※以下☑のカンファレンス等がありましたら参加希望しますのでご連絡下さい	
<input type="checkbox"/> 「院内多職種カンファレンス」出席希望	<input type="checkbox"/> 「退院前カンファレンス」出席希望
<input type="checkbox"/> リハ職が退院前家屋評価(訪問)を行う場合、同行を希望	具体的な希望
<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの薬剤師出席希望	

重要 患者さんの退院・転院が決まった時点で、担当ケアマネジャー等に必ずご一報をお願いします。

* = 診療報酬 入退院支援加算1.2 「退院困難な患者の要因」に関連 (南和地域における入退院連携マニュアル 2019.2)