

※この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。

入院時情報提供書

病院

		受付者						
		受付日		令和 年 月 日 ()				
依頼者	事業所名	担当者名						
	電話	FAX						
ふりがな		性別	生年月日					
対象者名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭・平 年 月 日 歳					
住所	市							
本人電話	自宅			携帯				
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
介護者名 (キーパーソン)	① ②	関係	① ②	電話	① ②			
現在の主治医	病院・診療所名:		科名:	担当医:				
	電話番号:		FAX:					
疾病(傷病)名 (既往歴含む)	疾患名: 認知症: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名:) 精神疾患: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名:)							
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 健康保険(扶養も含む) <input type="checkbox"/> 医療助成(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無:種別) <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者名:)							
介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日:) <input type="checkbox"/> 区変中(申請日:)		今後の意向	本人	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未決定		
	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			家族	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未決定		
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			未確認	理由:		
	有効期限	令和 年 月 日						
現在利用の介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス (週 回: 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回 曜日) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回: 曜日) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 訪問薬局 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 訪問歯科 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回: 曜日 事業所名:) <input type="checkbox"/> 訪問医 (月 回: 曜日 事業所名:) <input type="checkbox"/> その他 ()							
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		とろみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具)						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルチューブ <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 腎瘻)						
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	尿失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	便失禁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ()			
	聴力	支障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	視力	支障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眼鏡等	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	服薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一包化	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		
	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家) <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()F <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	その他 (在宅での生活環境に関する特記事項・課題)							

退院前カンファレンスの参加 希望あり 希望なし