

入院時情報提供書

* FAXで情報提供する場合は個人情報消すこと。

病院
(提出先部署)
御中

事業所名	
TEL	
FAX	
担当者	

作成日: 年 月 日

入院日: 年 月 日

★サービス計画書の添付(有・無)

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。

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所	TEL	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】			
緊急連絡先	続柄() TEL 自宅 携帯				
住宅環境	続柄() TEL 自宅 携帯				
経済状況	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式)	年金 有()・無 () その他() 生活保護(担当ケースワーカー:)			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更) 有効期間: 年 月 日～年 月 日 [被保険者番号:]				
障害等認定	身障(種別: /)級・精神()級・療育(有(A・B)・無)・原爆・指定難病()				
かかりつけ医	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先	(<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先			
病歴・疾病 服薬状況	既往歴・治療状況		感染症: 無・有() アレルギー: 無・有()		
介護サービス 利用状況	[薬剤情報]・薬剤情報書の添付(有・無)・裏面記載(有・無)				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週)	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)	<input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)		<input type="checkbox"/> その他(内容)		
	自立	見守り	一部 介助	全 介助	備考
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・トロ 経管栄養 箸・スプーン・自助具
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)
移動	<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
移乗	<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"/>	
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
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテテル オムツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己管理の状況□
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 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()				認知・ 精神面
					睡眠
					運動機能
					視力
					聴力
					言語
					理解
					睡眠
					認知・ 精神面
					運動機能

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

病歴・疾病・服薬状況

その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点等)