

転院時複写可

入院時情報提供書(表面)

※ FAXで情報提供する場合は個人情報を消すこと。
 ※ わかる範囲で記入をお願いします。

御中 入院日: 年 月 日

作成日: 年 月 日

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)

ふりがな				性別	生年月日	
氏名				<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住所				家族構成		
	電話番号:			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	フリガナ	続柄	自宅TEL:	備考欄(家族状況)		
	①		携帯TEL:			
	フリガナ	続柄	自宅TEL:			
	②		携帯TEL:			
	(夜間)フリガナ	続柄	自宅TEL:			
			携帯TEL:			
住宅設備	住宅	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)				
	環境	<input type="checkbox"/> 段差あり <input type="checkbox"/> 和式トイレ・ <input type="checkbox"/> 洋式トイレ				
	設備	<input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 住宅改修				
	寝具	<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 電動ギャッジアップ <input type="checkbox"/> ベッドの柵)				
経済状況	年金	<input type="radio"/> 有 () <input type="radio"/> 無				
	生活保護	<input type="radio"/> 有 (担当ケースワーカー:) <input type="radio"/> 無				
	その他	その他キーパーソン:				
要介護度	介護度	要支援(<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2) 要介護(<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5) <input type="radio"/> 総合事業対象者				
	申請中	<input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 更新 <input type="radio"/> 区分変更			特定疾病	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			被保険者番号	
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障 (種別: /)級・ <input type="checkbox"/> 精神 ()級・ 療育(<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)・ <input type="checkbox"/> 原爆					
	その他					
かかりつけ医・薬局	種別	<input type="radio"/> 外来通院 / <input type="radio"/> 訪問診療		種別	<input type="radio"/> 外来通院 / <input type="radio"/> 訪問診療	
	医療機関			医療機関		
	主治医名			主治医名		
	連絡先			連絡先		
	歯科医院			連絡先		
薬局			連絡先			
病歴・疾病	既往歴・治療状況・服薬状況 [薬剤情報書の添付 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし]					
		感染症	<input type="radio"/> 有 () <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明			
		アレルギー	<input type="radio"/> 有 () <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明			
		食物アレルギー	<input type="radio"/> 有 () <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明			
	薬剤アレルギー	<input type="radio"/> 有 () <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明				
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/月)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/月)		<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ (回/月)		<input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/月)		<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/月)	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/月 ・ 事業所名[)					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:)					
	<input type="checkbox"/> その他 (内容:)					

入院時情報提供書(裏面)

※ FAXで情報提供する場合は個人情報消すこと。
 ※ わかる範囲で記入をお願いします。

	自立	見守り	一部介助	全介助	備考		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 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	外出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
					咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良												
					主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> 重湯							調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ト味												
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具	洗濯	<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"/> なし <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分	掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり(<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目) <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 義眼										
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 座位保持 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)										
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可(<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭) <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない										
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		理解	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない										
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠剤使用 (睡眠時間)										
					<input type="checkbox"/> カテーテル 交換日:		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 (特記事項)									
					<input type="checkbox"/> 尿器 オムツ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 下剤使用 <input type="checkbox"/> 浣腸		日常生活自立度	<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 (特記事項)									
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 (メーカー:)				服薬管理	(自己管理の状況)											
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル					飲酒	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位:) (その他)						喫煙	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
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・1日の過ごし方・退院までの患者及び家族の要望・キーパーソンの健康状態及び介護力・在宅での1日のスケジュール・趣味 等)																	
情報提供事業所名					担当ケアマネジャー												
電話番号					FAX番号												

※入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定状況を満たす必要があります。

※転院先の病院担当者の方へ;在宅へ退院する際の連携に活用してください。(作成日時点の在宅における情報です。)

退院調整情報共有書(表面)

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

ふりがな				性別	生年月日	
氏名				<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住所		電話番号:		入院期間(予定)		
				年 月 日 ~ 年 月 日		
外来 病院主治医	病院名			かかりつけ医	医療機関	
	主治医名				主治医名	
	診療科				連絡先	
				薬局	薬局	
				連絡先		
要介護度	介護度	要支援(<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2) 要介護(<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5) <input type="radio"/> 総合事業対象者				
	申請	<input type="radio"/> 未申請 <input type="radio"/> 区分変更中 <input type="radio"/> 新規申請中 <input type="radio"/> 非該当			特定疾病	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	年 月 日	
疾病 の 状態	主病名			手術	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (手術名:)	
	副病名			既往歴		
	主症状					
	合併症					
疾患 について の説明内容	病院から患者・家族への病状に関する説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望/病気の告知の有無/直近の告知日/告知の相手等					
服薬 状況	服薬内容、退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)					
今後の 見通し	今後の症状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等 定期受診の必要性: <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
特別な 医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インシュリンの自己注射					
	(その他)					
退院指導 の 状況	退院指導の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	理解度	本人	<input type="radio"/> 十分 <input type="radio"/> 不十分 (問題点:)	
				家族	<input type="radio"/> 十分 <input type="radio"/> 不十分 (問題点:)	
	内容	(指導内容、誰に指導したか 等)				

退院調整情報共有書(裏面)

★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです

	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子／在宅での留意点					
食事	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	嚥下状態	<input type="radio"/> 良 <input type="radio"/> 不良	咀嚼状況	<input type="radio"/> 良 <input type="radio"/> 不良	注意障害	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
					主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> 重湯	(程度:)		
					副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トッピング	(程度:)		
					食事方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう				
					制限	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (制限内容 <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他())				
口腔清潔	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	義歯	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 上 <input type="radio"/> 下 <input type="radio"/> 全部 <input type="radio"/> 部分	自己管理	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可		
移動	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> その他()					
移乗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
起居	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	起き上がり	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	座位保持	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	立位保持	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
					寝返り	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	椅子からの立ち上がり	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可	床からの立ち上がり	<input type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可
入浴(洗身)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	洗身	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 行っていない		留意点		
					入浴制限	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())				
更衣	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
排泄	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/> 尿道留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 下剤使用 <input type="checkbox"/> 浣腸				
					オムツ	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ		リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ	
服薬管理	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 1日配薬					
睡眠	<input type="radio"/> 良眠 <input type="radio"/> 時に不眠 <input type="radio"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠剤使用					その他	住宅改修	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 要 (内容:)		
	(睡眠時間)						福祉用具	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 要 (内容:)		
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M					認知症の原因疾患				
	精神状態(疾患) <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ()					<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"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他()									
リハビリ等	リハビリテーション <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (回/週、内容:)					運動制限 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(内容:)				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他()								
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他()								
療養上注意する事項	(急変時対応)									
(特異な対応が必要な場合の方法)										
情報提供事業所名						電話番号				
面談日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分					面談者	(所属)			(氏名)
	年 月 日 時 分 ~ 時 分						(所属)			(氏名)

※退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定状況を満たす必要があります。