

入院時情報提供シート（介護支援専門員 ⇒ 医療機関）

医療機関名

担当者 _____ 様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いたします。

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類： <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】						

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図	本人連絡先	自宅番号: _____ 携帯番号: _____
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他()	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	疾患名・かかっている病院	主病名: _____ 既往歴: _____
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	障がい日常生活自立度	<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
障がい等の認定	手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)	

介護保険サービス・その他のサービス等利用状況			
<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週)
<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週)	短期入所: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用頻度)	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認	<input type="checkbox"/> 緊急通報	<input type="checkbox"/> 地域での参加	<input type="checkbox"/> その他()

キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等

IADL	できる	不完全	できない	特 記
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(特記あれば空欄に記入)	
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	
移乗	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
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"/> 主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量:1日 _____ ml)
					<input type="checkbox"/> 副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)
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"/>	場 所: <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"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)	
精神的な状況 (認知機能含む)	問題の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		* 特記			
	丁寧な説明の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
療養上の 問題	無					
	有					
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)					
	<input type="checkbox"/> その他()					
医療処置	<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 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡					
	<input type="checkbox"/> その他()					
連絡事項・その他(在宅での生活の様子, 療養上の課題, 本人・家族の意向や不安, 認知機能など必要と思うことを記載)						

※この情報提供シートは、高知市の様式をもとにした参考様式です。必要な項目を満たしていれば、各事業所の既存の様式を用いて差し支えありません。