

変更前

入院時情報提供シート

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

入院医療機関名・担当者名 様 令和 年 月 日作成

事業所名	電話番号						
担当者名	FAX番号						
氏名	生年月日	大・昭	年	月	日	年齢	歳
住所	性別	男	女				
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号			
家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) ベッド: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 段差: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※分かる範囲で年齢、居住地を記入 <small>主・主介護者 次・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	在宅主治医	1. 医療機関名 主治医名 2. 医療機関名 主治医名 3. 歯科医療機関名 主治医名					
	既往歴	*感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日, 有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日					
障害高齢者の日常生活自立度(様たきり度)		<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					
特定医療費受給者証		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)					
障害者手帳		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:)					
サービス利用状況・サービス事業所名							
訪問介護(回/週)()		訪問看護(回/週)()		通所介護(回/週)()		通所リハ(回/週)()	
通所リハ(回/週)()		訪問リハ(回/週)()		短期入所(回/週)()		福祉用具貸与(内容:)	
福祉用具貸与(内容:)		その他()					
ADL	自立	見守り	全介助	要支援は必要事項のみ記入 (令和 年 月 日 時点)			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)			
				→有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
				口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
				摂食嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()			
その他 ※在宅で実施している口腔ケアなど、入院中も引き続きお願いしたいこと等 ()							
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養			
				主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー、水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日), とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
				副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <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 <input type="checkbox"/> ソフト食			
				アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()							
嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) 回/週) <input type="checkbox"/> 清拭(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所系サービス(回/週)			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル尿器 <input type="checkbox"/> オムツ, 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル尿器 <input type="checkbox"/> オムツ			
				排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時			
				下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> どちらも不要, 情報提供書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難) その他: ()			
				視力(普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力(普通・やや難聴・難聴・補聴器)			
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素(ℓ)) その他: () 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
◆特記事項/その他(日中の生活, 本人・家族の思い, 在宅での目標, 介護力, 生活歴, 家族歴等)							

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

別紙: 無 有

変更後 (案)

入院時情報提供シート

介護支援専門員 ⇒ 医療機関

入院医療機関名・担当者名 様 令和 年 月 日作成

事業所名	電話番号						
担当者名	FAX番号						
氏名	生年月日	大・昭	年	月	日	年齢	歳
住所	性別	男	女				
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号			
家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) ベッド: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 段差: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
※分かる範囲で年齢、居住地を記入 <small>主・主介護者 次・キーパーソン ○・女性 □・男性</small>	在宅主治医	1. 医療機関名 主治医名 2. 医療機関名 主治医名 3. 歯科医療機関名 主治医名					
	既往歴	*感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日, 有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日					
障害高齢者の日常生活自立度(様たきり度)		<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					
特定医療費受給者証		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:)					
障害者手帳		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:)					
サービス利用状況・サービス事業所名							
訪問介護(回/週)()		訪問看護(回/週)()		通所介護(回/週)()		通所リハ(回/週)()	
通所リハ(回/週)()		訪問リハ(回/週)()		短期入所(回/週)()		福祉用具貸与(内容:)	
福祉用具貸与(内容:)		その他()					
ADL	自立	見守り	全介助	要支援は必要事項のみ記入 (令和 年 月 日 時点)			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)			
				→有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
				口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
				摂食嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()			
その他 ※在宅で実施している口腔ケアなど、入院中も引き続きお願いしたいこと等 ()							
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養			
				主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー、水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日), とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
				副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <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 <input type="checkbox"/> ソフト食			
				アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()							
嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) 回/週) <input type="checkbox"/> 清拭(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所系サービス(回/週)			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル尿器 <input type="checkbox"/> オムツ, 夜間: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル尿器 <input type="checkbox"/> オムツ			
				排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時			
				下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> どちらも不要, 情報提供書の添付: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難) その他: ()			
				視力(普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力(普通・やや難聴・難聴・補聴器)			
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素(ℓ)) その他: () 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
◆特記事項/その他(日中の生活, 本人・家族の思い, 在宅での目標, 介護力, 生活歴, 家族歴等)							

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

別紙: 無 有

※追加

※削除

変更前

2 退院支援情報共有シート

医療機関 ⇒ 介護支援専門員

情報提供先(事業所・担当ケアマネ) 様 令和 年 月 日作成

医療機関名	Tel	作成者	職種	氏名
情報共有日	令和 年 月 日	形式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス	
患者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳
住所	性別	男・女		
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
入院期間	入院日: R 年 月 日	退院(予定)日: R 年 月 日		
入院の原因となった病名・状態像	要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日,有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <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			
合併症	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			
	特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名:)			
	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当CW名:)			
病院主治医	在宅主治医			
パ/ル (月/日) 血圧: / mmHg, 体温: °C, 脈: 回/分 身長: cm 体重: Kg				
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方, 患者・家族の今後の希望				
退院後受診医療機関	本院・在宅医・その他 ()	次回受診予定日:	令和 年 月 日	
リハビリの継続性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ADL	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>			
口腔	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分) →有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
	口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
	摂食嚥下状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()			
	その他 ※入院中に実施した口腔ケアなど, 退院後も引き続きお願いしたいこと等 ()			
食事	栄養管理情報書の添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *「有」の場合は, 以下の食事欄の記載は省略			
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal) <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキチー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日)とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキチー <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)			
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()			
	嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
更衣	<input type="checkbox"/>			
入浴	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワ浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他:)			
	日中: <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, 夜間: <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			
排泄	排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時			
	下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
服薬管理	薬の管理や副作用等での留意点: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難)			
療養上の問題	その他:)			
	視力 (普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力 (普通・やや難聴・難聴・補聴器)			
	キーパーソン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素 ())			
	その他:) 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 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			
◆療養上注意する事項・その他				

この情報を提供することについて, ご本人またはご家族から同意をいただいています。 別紙: 無 有

変更後 (案)

退院支援情報共有シート

医療機関 ⇒ 介護支援専門員

情報提供先(事業所・担当ケアマネ) 様 令和 年 月 日作成

医療機関名	Tel	作成者	職種	氏名
情報共有日	令和 年 月 日	形式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス	
患者氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳
住所	性別	男・女		
緊急連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
入院期間	入院日: R 年 月 日	退院(予定)日: R 年 月 日		
入院の原因となった病名・状態像	要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 認定日: R 年 月 日,有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <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			
合併症	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			
	特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名:)			
	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 () 生保受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当CW名:)			
病院主治医	在宅主治医			
パ/ル (月/日) 血圧: / mmHg, 体温: °C, 脈: 回/分 身長: cm 体重: Kg				
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方, 患者・家族の今後の希望				
退院後受診医療機関	本院・在宅医・その他 ()	次回受診予定日:	令和 年 月 日	
リハビリの継続性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ADL	自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 四点 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	特記事項 ()		
口腔	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分) →有の場合適合状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
	口腔内衛生状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()			
	摂食嚥下状況: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 問題あり 特記事項 ()			
	その他 ※入院中に実施した口腔ケアなど, 退院後も引き続きお願いしたいこと等 ()			
食事	栄養管理情報書の添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *「有」の場合は, 以下の食事欄の記載は省略			
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (Kcal) <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキチー, 水分制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml/日)とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> ひとくち大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキチー <input type="checkbox"/> とろみ付 <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)			
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (), 食への意欲 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	摂取方法: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 ()			
	嫌いな物: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
更衣	<input type="checkbox"/>			
入浴	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワ浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他:)			
	日中: <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, 夜間: <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			
排泄	排尿回数: (回/日), 排便回数: (回/日), 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時			
	下剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
服薬管理	薬の管理や副作用等での留意点: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難)			
療養上の問題	その他:)			
	視力 (普通・眼鏡・視野狭窄・視野欠損・全盲), 聴力 (普通・やや難聴・難聴・補聴器)			
	キーパーソン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・褥瘡・気管切開・在宅酸素 ())			
	その他:) 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 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			
◆療養上注意する事項・その他				

この情報を提供することについて, ご本人またはご家族から同意をいただいています。 別紙: 無 有

※追加

※削除

※変更

栄養情報提供書

No.1		作成日		年	月	日	
氏名	ふりがな			性別	<治療食・療養食の対象疾患>		
生年月日	年	月	日	歳			
入院(所)日	年	月	日	退院(所)予定日	年	月	日
身長	体重	測定日	BMI	体重経過			
	cm	kg					
歯の状態	義歯						
	自歯		留意事項				
※アレルギー食品および禁忌食品については、入院・入所時に再度詳細な聞き取りをお願いいたします							
アレルギー食品							
服薬中による 禁忌食品							
※禁忌食品とは、アレルギーレベルで喫食ができない食品(ただし、アレルギー症状は無し)							
禁忌食品							
栄養補給	経口	食種	エネルギー	たんぱく質	水分量		
			kcal	g	1日()ml	()×()回	
	経管	栄養剤の種類	濃度	エネルギー	投与ルート		
			kcal/ml	kcal	経鼻		
		投与量					
		栄養剤	朝(kcal)	昼(kcal)	夕(kcal)		
投与水分	朝(ml)	昼(ml)	夕(ml)	食間()			
主食	形態						
	ミキサー					とろみ	
	留意事項						
主菜	形態名称						
	大きさ					とろみ 有 濃度(%)	
	処理					凝固剤	
	レベル	学会分類2013					留意事項
副菜	大きさ					とろみ 有 濃度(%)	
	処理					凝固剤	
	レベル	学会分類2013					留意事項
間食							
水分摂取状況	とろみ使用					ゼリー	
喫食量	主食	割	副食	割	食事摂取量ムラ	食事時間	
食事摂取状況	食器具				自助具		
特記事項							
※栄養量や食事形態については入院・入所時に再度検討をお願いいたします							
施設名	電話番号		FAX番号				
担当者名	職名						

南薩地域給食施設連絡協議会

No.2

栄養情報提供書

氏名

特記事項	

南薩地域給食施設連絡協議会

2015年3月作成
2019年10月改定

※変更後（施設用）

栄養情報提供書

医療機関・介護保険施設 ご担当者様

記入日: _____

氏名	ふりがな	性別	生年月日	() 歳				
	様		入所日					
身長	cm測定日(年 月 日)	病名						
体重	直近(①): kg 測定日(年 月 日)	BMI	直近(①): kg/m ²					
	①から1か月前: kg 測定日(年 月 日)		①から1か月前: kg/m ²					
体重経過								
栄養補給に関する事項	必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	飲水量	ml	
	摂取栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g	飲水量	ml	
	経口摂取	食種	食 補助食品 (提供時間:)					
			(補助食品の商品名:)					
	副食	形態名称	主食量			g		
			留意事項: (学会分類コード※1:)					
	経管栄養	形態名称	(形状:) (処理:) (凝固剤:)					
			留意事項:					
	経管栄養	経鼻	栄養剤の種類	濃度	kcal/ml	エネルギー	kcal	
		胃瘻	栄養剤	朝	kcal	昼	kcal	
経管栄養	腸瘻	投与水分	朝	ml	昼	ml		
		投与水分	朝	ml	昼	ml		
経管栄養	末梢	(製品名・投与量等)						
	中心							
食事に関する留意事項	食物アレルギー	無 有()						
	その他禁止食品	無 治療による禁止有り() 嗜好による禁止有り()						
その他問題点	無 姿勢保持不良 食事への注意散漫 食事中の傾眠							
	食物の溜め込み 嚥下障害 咀嚼困難 口腔内残渣							
間食	食事摂取量の低下 (いつから:)							
	その他 ()							
間食	(種類・量・提供時間など)							
喫食率	主食	副食	割	食事摂取ムラ	食事時間	分		
食事摂取状況	食器具		歯の状態					
【入所中の経過・栄養食事相談の内容等】								

※1: 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「コード分類」及び「とろみ分類」

※2: 投与方法や投与速度を必要に応じて記入すること

※ 青文字の項目は、退所時栄養情報連携加算を算定しない場合、省略可。

問合せ先 施設名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____

※変更後（病院用）

栄養情報提供書

記入日 _____

情報提供先医療機関・施設名 _____

担当医師又は管理栄養士 _____ 殿

【注2の場合】
左記管理栄養士への説明日

患者氏名	生年月日	歳		
身長	cm (測定日:)	測定不能		
体重	kg (測定日:)	BMI ##### kg/m ² 算出不能		
体重変化	変化なし 過去 ()	変化量 kg		
体重経過				
【栄養状態の評価と課題(傷病名を含む)】				
【GLIM基準による評価 非対応※】 判定日(年 月 日) 判定: _____				
該当項目: 表現型 (体重減少、 低BMI、 筋肉量減少) 病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、 疾病負荷/炎症)				
栄養補給に関する事項				
必要栄養量	エネルギー	kcal		
必要栄養量	たんぱく質	g		
必要栄養量	飲水量	ml		
摂取栄養量	エネルギー	kcal		
摂取栄養量	たんぱく質	g		
摂取栄養量	飲水量	ml		
経口摂取	食事内容	食種	食 補助食品	無 有 ()
	主食	形態名称	主食量 g	
			無 有 (学会分類コード)	
	副食	形態名称		
			無 有 (学会分類コード※2) (形状:) (処理:) (凝固剤:)	
	水分摂取	とろみ	無 有 (学会分類コード※2)	
		ゼリー	ゼリーにて対応 製品名 ()	
	アレルギー食品	アレルギー食品		服薬中による禁止食品
		嗜好による禁止食品		
	経管栄養	経鼻	留意事項 (製品名、投与速度等)	
胃瘻		栄養剤の種類	濃度 kcal/ml エネルギー kcal	
経管栄養	その他	栄養剤	朝 (kcal) 昼 (kcal) 夕 (kcal)	
		投与水分	朝 (ml) 昼 (ml) 夕 (ml)	
静脈栄養	末梢	留意事項 (製品名、投与速度等)		
静脈栄養	中心			
喫食量	主食	副食	食事摂取量ムラ	
食事摂取状況	食器具		歯の状況	
【入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等】				

※1 GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は非対応にチェックすること。

※2 日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

※ 青文字の項目は、栄養情報連携加算を算定しない場合は、省略可。

問合せ先 医療機関名: _____
 担当管理栄養士名: _____
 電話番号: _____ (FAX): _____

※削除

【参考】 栄養情報提供書 提供施設一覧表（福祉施設）

* 市外局番は「0993」です。

（令和2年12月現在）

○枕崎市

施設名	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所
エスポワール立神	73-2266	73-2265	891-0048	枕崎市火之神町630
サザンケアセンター	72-8855	72-9233	898-0011	枕崎市緑町236
南方園	76-3461	73-2135	898-0096	枕崎市まかや町678
ピースフル立神	76-2211	58-1066	898-0048	枕崎市火之神町725
ふじ美の里	72-0243	72-1012	898-0084	枕崎市板敷西町321
妙見の里	72-0531	72-1424	898-0062	枕崎市寿町263

○指宿市

施設名	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所
あいおいの郷	26-3111	26-3112	891-0403	指宿市十二町88-15
指宿やすらぎ園	24-5593	24-5912	891-0304	指宿市東方7531
指宿温泉ケアサポート	25-3653	25-5393	891-0311	指宿市西方1050
指宿温泉菜の花苑	24-3255	22-3239	891-0402	指宿市十町418-1
ヴァンペールみどりの風	35-3355	35-3522	891-0514	指宿市山川大山2056-4
薩摩富士荘	32-4000	32-4031	891-0604	指宿市開聞仙田6529-1
千寿園	22-2480	22-2005	891-0404	指宿市東方365
竹山苑	35-2131	35-2845	891-0511	指宿市山川福元4856番1
徳光苑	35-0220	35-3310	891-0513	指宿市山川岡児ヶ水1212-1
ハイビスカス福祉会	27-9110	25-4610	891-0313	指宿市新西方2860-3
介護医療院宮園クリニック	32-2001	32-4113	891-0603	指宿市開聞十町1266
湯之里園	22-4149	24-3849	891-0304	指宿市東方828番地口

○南さつま市

施設名	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所
アルテンハイム加世田	52-8715	52-7107	897-0002	南さつま市加世田武田113877
石垣の里	58-8000	58-8013	897-1301	南さつま市笠沙町片浦9878
かせだフレンドホーム	52-4088	52-4080	897-0004	南さつま市加世田内山田2580
金峰苑	77-0500	77-3922	899-3511	南さつま市金峰町宮崎4019
ケアハウスかせだ	53-7733	53-7740	897-0004	南さつま市加世田内山田2510
恵風園	62-4169	62-3825	897-1201	南さつま市大浦町24760-8
さつま野菊園	63-1000	63-1950	897-1302	南さつま市笠沙町赤生木11372-397
はまゆう	58-8222	63-0777	897-1302	南さつま市笠沙町赤生木11372-376
光の里	52-3056	52-7924	897-1123	南さつま市加世田高橋2190
南さつま市和楽苑	67-0136	67-2072	898-0102	南さつま市坊津町泊5756
養徳園	53-2477	53-3745	897-1122	南さつま市加世田小湊528
ラポール吉井	53-8888	53-8788	897-0001	南さつま市加世田村原1丁目10-10

○南九州市

施設名	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所
憩いの里	83-3077	83-3076	897-0303	南九州市知覧町永里4577-3
えい秀峰園	38-0167	38-0552	891-0704	南九州市穎娃町別府2796-1
えい中央デイサービスセンター	36-3900	36-3901	891-0703	南九州市穎娃町御領3450-2
榎山学園	38-0234	38-0863	891-0704	南九州市穎娃町別府4710-6
川辺みどり園	56-0018	56-0019	897-0202	南九州市川辺町清水10131-2
慈生園	38-2522	38-2523	891-0704	南九州市穎娃町別府4710-6
寿楽園	86-2170	86-2176	891-0912	南九州市知覧町南別府26817-1
白藤園	84-2214	84-2380	897-0304	南九州市知覧町東別府6051
シルバーライフちらん	85-4095	85-4096	891-0911	南九州市知覧町塩屋16016
涼松	38-0121	38-1656	891-0704	南九州市穎娃町別府5539-1
知覧育成園	83-4800	83-4801	897-0302	南九州市知覧町郡9047-1
ちらん敬和の郷	58-7080	58-7051	897-0302	南九州市知覧町郡5998-1
音野舎	58-7171	83-4771	897-0302	南九州市知覧町郡2072-2
聖の郷	28-2020	39-0089	891-0705	南九州市穎娃町上別府6539-1
特別養護老人ホーム ビハーラ	38-0150	38-0322	891-0704	南九州市穎娃町別府6616-1
望洋の里	36-3075	36-3076	891-0702	南九州市穎娃町牧之内3776-8