入院時情報提供シート

【様式１】

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

入院日：　　　　　年　　　　月　　　　日

情報提供日：　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関　←　居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ケアマネジャー氏名：

TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

ご担当者名：

ご担当窓口：

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。ぜひご活用ください

1. 利用者（患者）基本情報について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 者氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 年齢 | 　　　歳 | 性別 | [ ] 男性[ ] 女性 |
|  | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 住環境 | 住居の種類（　戸建て　・　集合住宅　）　　　　階建て　　　居室　　　階　　エレベーター（　有　・　無　） |
| 特記事項（ |
| 入院時の要介護度 | [ ] 要支援（　　）　　[ ] 要介護（　　）　　　　　　　有効期間：　　　年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日[ ] 申請中（申請日　　/　　）　　　　[ ] 区分変更（申請日　　　/　　　　）　　　　[ ] 未申請 |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | [ ] 自立　[ ] J1　　[ ] J2　　[ ] A1　　[ ] A2　　[ ] B1　　[ ] B2　　[ ] C1　[ ] C2 | [ ] 医師の判断[ ] ケアマネジャーの判断 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | [ ] 自立　[ ] Ⅰ　　[ ] Ⅱa　　[ ] Ⅱb　　[ ] Ⅲa　　[ ] Ⅲb　　[ ] Ⅳ　　[ ] M |
| 介護保険の負担割合 | [ ] 　　　割　　　　[ ] 不明 | 障害など認定 | 　[ ] なし　　[ ] あり（　身体　・　精神　・　知的　） |
| 年金などの種類 | [ ] 国民年金　[ ] 厚生年金　　[ ] 障害年金　　[ ] 生活保護　　[ ] その他（　　　　　　　　　　） |

1. 家族構成/連絡先について

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯構成 | [ ] 独居　　　　[ ] 高齢者世帯　　　　　[ ] 子と同居　　　　　[ ] 日中独居[ ] その他（　） |
| 主介護者氏名 | （続柄　　　・　　　才） | [ ] 同居　　　[ ] 別居　 | TEL: |
| キーパーソン | （続柄　　　・　　　才） | [ ] 同居　　　[ ] 別居　 | TEL: |

1. 本人/家族の意向について

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の大切にしていること |  |
| 本人の生活歴 |  |
| 入院前の本人の生活に対する意向 | [ ] 添付の居宅サービス計画書（１）をご確認ください。 |
| 入院前の家族の生活に対する意向 | [ ] 添付の居宅サービス計画書（１）をご確認ください。 |

1. 入院前の介護サービス利用状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 入院前の介護サービスの利用状況 | [ ] 添付の居宅サービス計画書（１）（２）（３）表をご確認ください。 |

1. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅生活に必要な条件 |  |
| 退院後の世帯に対する配慮 | [ ] 不要　　　[ ] 必要（　　　　　　　　　　）主介護者　[ ] 本シート２に同じ　　[ ] 左記以外（氏名：　　　　　　　　　続柄：　　　　　）[ ] 介護力が見込める（[ ] 十分　　[ ] 一部）　　[ ] 介護力が見込めない　　[ ] 家族や支援者はいない |
| 特記事項 |  |

1. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻痺の状況 | [ ] なし　[ ] 軽度　[ ] 中度　[ ] 重度　部位（　　　　　） | 褥瘡 | [ ] なし　 [ ] あり（　　） |
| ADL | 移動 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 移動（室内） | [ ] 杖　[ ] 歩行器　[ ] 車いす　[ ] その他 |
| 移譲 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 移動（屋外） | [ ] 杖　[ ] 歩行器　[ ] 車いす　[ ] その他 |
| 更衣 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 起居動作 | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 |
| 整容 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 特記（転倒リスク等） |
| 入浴 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 食事 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 食事内容 | 回数 | （　　）/日　　時間（朝：　　　昼：　　　夕：　　　　） | 食事制限 | [ ] あり（　　　　　）　[ ] なし　　[ ] 不明 |
| 形態 | [ ] 普通　[ ] きざみ　　[ ] 嚥下障害食　　[ ] ミキサー | 特記： |
| 方法 | [ ] 経口　　[ ] 経管 | 水分とろみ：[ ] なし　[ ] あり | 水分制限 | [ ] あり（　　　　　）　[ ] なし　　[ ] 不明 |
| 口腔 | 嚥下 | [ ] むせない　　[ ] 時々むせる　　[ ] 常にむせる | 義歯 | [ ] あり（　　　　　）　[ ] なし　　[ ] 不明 |
| 清潔 | [ ] 良　　[ ] 不良　　[ ] 著しく不良 | 口臭 | [ ] あり　　[ ] なし |
| 排泄 | 排尿 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 | 特記（オムツ・P-トイレ使用等） |
| 排便 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |
| 睡眠の状態 | [ ] 良　　[ ] 不良（　　　　　　　） | 眠剤の使用 | [ ] なし　　[ ] あり |
| 喫煙 | [ ] なし　　[ ] あり　　（　）本くらい/日 | 飲酒 | [ ] なし　　[ ] あり　　（　）合くらい/日あたり |
| コミュニケーション | 視力 | [ ] 支障なし　　[ ] やや難あり　　[ ] 困難 | 眼鏡 | [ ] なし　　[ ] あり（　　　　　　） |
| 聴力 | [ ] 支障なし　　[ ] やや難あり　　[ ] 困難 | 補聴器 | [ ] なし　　[ ] あり |
| 言語 | [ ] 支障なし　　[ ] やや難あり　　[x] 困難 | 特記事項 |
| 疎通 | [ ] 支障なし　　[ ] やや難あり　　[ ] 困難 |
| 精神面における療養上の問題 | [ ] なし[ ] 幻視・幻聴　　[ ] 興奮　[ ] 焦燥・不穏　[ ] 妄想　[ ] 暴力/攻撃性　[ ] 介護への抵抗　[ ] 不眠[ ] 昼夜逆転　[ ] 徘徊　[ ] 危険行為　[ ] 不潔行為[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾患歴 | [ ] なし[ ] 悪性腫瘍　[ ] 認知症　[ ] 急性呼吸器感染症　[ ] 脳血管障害　[ ] 骨折[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院歴 | 直近半年間の入院 | [ ] なし　　[ ] あり（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 不明　　　　　　期間：　　　　　　年　　　月　　日　　～　　　　年　　　月　　　日） |
| 入院頻度 | [ ] 頻度は高い/繰り返している　　[ ] 頻度は低いが、これまでもある　　[ ] 今回が初めて |
| 入院前に実施している医療処置 | [ ] なし[ ] 点滴　[ ] 酸素療法　[ ] 喀痰吸引　[ ] 気管切開　[ ] 胃ろう　[ ] 経鼻栄養　[ ] 経腸栄養　[ ] 褥瘡[ ] 尿道カテーテル　[ ] 尿路ストーマ　[ ] 消化管ストーマ　[ ] 痛みコントロール　[ ] 排便コントロール[ ] 自己注射（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

|  |  |
| --- | --- |
| 内服薬 | [ ] なし　　[ ] あり　　[ ] 別途お薬手帳及び薬情シート参照 |
| 薬剤管理 | [ ] 自己管理　　[ ] 他者による管理（管理者：　　　　　　　　　　・管理方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬状況 | [ ] 処方通り服用　　[ ] 時々飲み忘れ　　[ ] 飲み忘れが多い、処方が守られていない　　[ ] 服薬拒否 |
| 薬に関する特記事項 |  |

1. かかりつけ医について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 医師名 |  | 診療方法頻度 | [ ] 通院　[ ] 訪問診療　[ ] その他頻度＝（　　）回/月 |

1. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

|  |  |
| --- | --- |
| 「院内多職種カンファレンス」への参加 | [ ] 希望あり |
| 「退院前カンファレンスへの参加 | [ ] 希望あり　　　具体的な要望： |
| 「退院前訪問指導」を実施するばあいの同行 | [ ] 希望あり |

※鹿児島県入退院支援ルール（鹿児島医療圏）　シート編集部会作成書式（令和５年度改訂）