

# 入院・入所時患者情報提供書 No.1

記入日:           年           月           日

## 1. 基本情報

氏名	(フリガナ)		年齢	才	性別	男・女					
			生年月日		年	月	日				
住所			電話番号								
			障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度						
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 (           ) <input type="checkbox"/> 要介護 (           ) <input type="checkbox"/> 申請中										
	認定日	年	月	日	有効期間	年	月	日	～	年	月
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (   /週 )		<input type="checkbox"/> 訪問リハ (   /週 )		<input type="checkbox"/> 訪問看護 (   /週 )						
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (   /週 )		<input type="checkbox"/> 通所リハ ( 2/週 )		<input type="checkbox"/> 短期入所						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 ( シャワーチェア )		<input type="checkbox"/> 給食		<input type="checkbox"/> その他 (                   )						
住環境 ※可能ならば 写真などを添付	<input type="checkbox"/> 一戸建て ( <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (   階居住 )				エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	<input type="checkbox"/> 段差 ( <input type="checkbox"/> 室内 <input type="checkbox"/> 玄関 )		<input type="checkbox"/> その他 (                   )								
	<input type="checkbox"/> 手すり ( <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 )										
社会資源	<input type="checkbox"/> 特定疾患 (                   )		<input type="checkbox"/> 障害者手帳 (   種   級 )		<input type="checkbox"/> 重心医療助成						
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金		<input type="checkbox"/> 厚生年金		<input type="checkbox"/> 共済年金		<input type="checkbox"/> 障害年金				
	<input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者:                   )		<input type="checkbox"/> その他 (                   )								
キーパーソン (代理決定者)	氏名		続柄		年齢 (           ) 才						
	電話番号		家族構成								
介護力	<input type="checkbox"/> 主介護者がいる		<input type="checkbox"/> 主介護者がいない								
	氏名 (                   )		続柄 (                   )		年齢 (           ) 才						
	<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできる人がいる		<input type="checkbox"/> 主介護者をサポートできない人がいない								
	氏名 (                   )		続柄 (                   )								
本人の生活歴 (職業歴含む)											
楽しみ 過ごし方											
嗜好	喫煙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (   本/日 )		飲酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (   合/日 )								

## 2. 本人・家族の意向

入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

## 3. 医療情報

既往歴						
入院歴	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している		<input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある		<input type="checkbox"/> 今回が初めて	
医療管理  <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 酸素療法		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	
	<input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻		<input type="checkbox"/> 創傷処置		<input type="checkbox"/> 褥瘡処置	
	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル		<input type="checkbox"/> 腎瘻・膀胱瘻		<input type="checkbox"/> 尿路ストーマ	
	<input type="checkbox"/> 消化管ストーマ		<input type="checkbox"/> 透析			
	<input type="checkbox"/> 点滴		<input type="checkbox"/> C・Vポート		<input type="checkbox"/> 気管切開	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> ペースメーカー			
	<input type="checkbox"/> 排便コントロール		<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール		<input type="checkbox"/> 血糖コントロール	
	<input type="checkbox"/> 自己注射 (                   )					
	<input type="checkbox"/> その他 (                   )					
かかりつけ 医療機関名			電話番号			

## 4. その他(気になること等)

--

居宅介護支援事業所名	電話番号
担当ケアマネジャー(フリガナ)	FAX番号