

様

### 入院時情報提供書【西諸地域共通】(2-1)

※この情報提供については、ご本人またはご家族の同意をいただいています

記入年月日 年 月 日

事業所名		記入者名	
電話番号		FAX番号	

(ふりがな) 患者氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳	性別	男・女
住所	〒						
身長・体重	身長	cm	体重	kg	測定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 測定不可
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1・2・3・4・5 有効期間 年 月 日～ 年 月 日 )						
障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 療育 ( A・B-1・B-2 ) <input type="checkbox"/> 精神 ( 級 ) <input type="checkbox"/> 特定疾患 (病名: )						
介護サービス利用 状況	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 訪問入浴( 回/週 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週 ) <input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週 ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能( 回/週 ) <input type="checkbox"/> 福祉用具(内容: ) <input type="checkbox"/> 短期入所( 回/週 ) <input type="checkbox"/> その他( )						

連絡先 (※キーパーソンに◎)					
	キーパーソン	(ふりがな) 氏名	続柄	住所 (別居の場合)	電話番号
1				〒	
2				〒	
3				〒	

家族構成図	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て ( 階建て ) <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階 ) 住宅改修 (無・有) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題( )
	かかりつけ 医療機関	
既往歴		

医療処置	(無・有) { <input type="checkbox"/> バルカテール <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( ) }
療養上の問題	(無・有) (内容: )
	認知症: (無・有) うつ傾向: (無・有) 聴覚障害: (無・有) → 補聴器: (無・有) 視覚障害: (無・有)
	透析: (無・有) 医療機関名( ) 透析曜日( )
	シャント部位( ) 特記事項( )

### 入院時情報提供書【西諸地域共通】(2-2)

患者氏名

ADL等	自立	見守り	一部 介助	全介助	該当するものを選択、特記事項は余白に記入
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具、補助具 <input type="checkbox"/> 手引き
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り:( 可・不可 ) 起き上がり:( 可・不可 )
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"/>	場所: <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス 制限: (無・有) { <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) }
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 ( 常時・夜間のみ ) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁
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( Kcal) { <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( ) } 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ( ) 摂取方法: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ( )
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"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位: )
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
夜間の状態	(良眠・問題あり) (具体的に: ) 睡眠剤服用: ( 無・有 )				
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
電話対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
嗜好	喫煙: (無・有) ( 本/日 ) 飲酒: (無・有) (週 回 内容: )				
特記事項等:					