

記入の仕方(入力用)

様
入院時情報提供書【西諸地域共通】

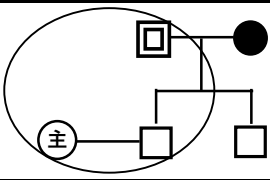
※分かる範囲で記入する。書き切れない場合は別紙添付してもよい。

をいただいています

記入年月日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

記入者名		小林 花子	
FAX番号		0984-00-0000	
(ふりがな) 患者氏名	みやざき たろう 宮崎 太郎	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 年齢 ○○ 歳 性別 男
住所	〒 886-0000 小林市堤○○○○-00	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3 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 checked="" type="checkbox"/> 療育 (B-1) <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (3 級) <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾患 (病名: パーキンソン病)		
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 checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (3 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 ()		
連絡先 (※キーパーソンに◎)			
キーパーソン	氏名	続柄	住所 (別居の場合)
1	◎		
2			
3			
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長男夫婦と同居) 経済状況 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (長男) 住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (2 階建て) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) 住宅改修 (無) <input type="checkbox"/> 住環境上の問題 () かかりつけ医療機関 ○○クリニック (内科) 既往歴 パーキンソン病、肺炎			
医療処置	(無) { <input type="checkbox"/> パルカテール <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	(有) (内容: 徘徊あり) 認知症: (有) うつ傾向: (無) 聴覚障害: (有) → 補聴器: (有) 視覚障害: (無) 透析: (無) 医療機関名 () 透析曜日 () シヤント部位 ()		
ADL等	自立	見守り	一部 介助
移動	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間の状態	(良眠) (具体的に:) 睡眠剤服用: (無)		
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
掃除	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
電話対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
嗜好	喫煙: ()		
特記事項等:	生活上の注意点、家族関係、主介護者の状況や同居者の状態 (障がいの有無)、経済状況、(がんなどの既往があれば)告知の有無など、医療機関に伝えておくべき事項があれば記入する。		

□・・・男性 ○・・・女性
 ◎・・・本人
 ●・・・亡くなった人
 主・・・主介護者
 ※同居者は○で囲む



・入浴時の用具 (ストレッチャー、シャワー椅子、浴槽台など) の使用
 ・アレルギー情報、嚥下障害
 ・服薬管理の方法 (カレンダー使用) など、特記事項は余白に記入する。

生活上の注意点、家族関係、主介護者の状況や同居者の状態 (障がいの有無)、経済状況、(がんなどの既往があれば)告知の有無など、医療機関に伝えておくべき事項があれば記入する。

記入の仕方(手書き用)

様
入院時情報提供書【西諸地域共通】

※分かる範囲で記入する。書き切れない場合は別紙添付してもよい。

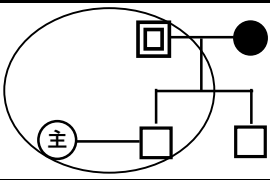
をいただいています

記入年月日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

記入者名		小林 花子	
FAX番号		0984-00-0000	
(ふりがな) 患者氏名	みやざき たろう 宮崎 太郎	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 年齢 ○○ 歳 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒 886-0000 小林市堤○○○○-○○	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 checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1・2 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 療育 (A(B-1)・B-2) <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (3 級) <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾患 (病名: パーキンソン病)		
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 checked="" type="checkbox"/> 通所介護(3 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()		
連絡先 (※キーパーソンに◎)			
キーパーソン	氏名	続柄	住所 (別居の場合)
1	◎		
2			
3			
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長男夫婦と同居)			
経済状況 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (長男) 住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て (2 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 ○○クリニック (内科) 既往歴 パーキンソン病、肺炎			
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: 徘徊あり) 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 ()		
ADL等	自立	見守り	一部 介助
移動	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
掃除	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
電話対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
嗜好	喫煙: ()		
特記事項等:	生活上の注意点、家族関係、主介護者の状況や同居者の状態(障がいの有無)、経済状況、(がんなどの既往があれば)告知の有無など、医療機関に伝えておくべき事項があれば記入する。		

キーパーソンの欄に◎をチェックする。同居の場合は、住所に「同居」と記入する。

□・・・男性 ○・・・女性
◎・・・本人
■●・・・亡くなった人
主・・・主介護者
※同居者は○で囲む



・入浴時の用具(ストレッチャー、シャワー椅子、浴槽台など)の使用
・アレルギー情報、嚥下障害
・服薬管理の方法(カレンダー使用)など、特記事項は余白に記入する。