

記入の仕方(入力用)

様

入院時情報提供書【西諸地域共通】

Version4-A
(様式1)

※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

電話番号			記入者名	小林 花子	
			FAX番号	0984-○○-○○○○	
(ふりがな) 患者氏名	みやさき たろう 宮崎 太郎		生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	年齢 ○○ 歳
住 所	〒 886-○○○○ 小林市堤○○○○-○○		身長	○○ cm	体重 ○○ kg
介護保険	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 事業対象者 ☐ 要支援 (1・2 有効期間 年 月 日～ 年 月 日) ☒ 要介護 (3 有効期間 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日～ ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)		測定日	年 月 日 ○○ ○○ ○○	☐ 測定不可
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☒ 療育 (B-1) ☒ 精神 (3 級) ☒ 特定疾患 (病名: パーキンソン病)				
介護サービス利用 状況	☐ なし ☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 訪問看護 (回/週) ☒ 通所介護 (3 回/週) ☐ 訪問入浴 (回/週) ☐ 訪問リハ (回/週) ☐ 通所リハ (回/週) ☐ 小規模多機能 (回/週) ☐ 福祉用具 (内容:) ☐ 短期入所 ()				
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	◎			090-○○○○-○○○○	
2				080-○○○○-○○○○	
3				0985-○○-○○○○	
☐ 独居 ☐ 高齢夫婦 ☒ その他 (長男夫婦と同居)					
		経済状況	☒ 年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()		
		金銭管理	☐ 本人 ☒ その他 (長男)		
		住環境	☒ 一戸建て (2 階建て) ☐ 集合住宅 (階) 住宅改修 (無) ☐ 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) { ☐ バルカテール ☐ 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 () }				
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	全介助	該当するものを選択、特記事項は余白に記入
移動	☐	☒	☐	☐	☐ 車いす ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具、補助具
移乗	☐	☒	☐	☐	寝返り: (可)
更衣	☒	☐	☐	☐	
入浴	☐	☒	☐	☐	場所: ☒ 自宅 (浴室) 制限: (無) { ☐ シヤ ☐ ... }
排泄	☐	☒	☐	☐	場所: ☒ トイレ ☐ ポータ 失禁: ☒ 無 ☐ 尿失禁 ☐ 便失禁
食事	☒	☐	☐	☐	☒ 普通食 ☐ 治療食 (Kcal) { ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 腎臓病 ☐ その他 () } 形態: ☒ 普通 ☐ キザミ ☐ ミキサー ☐ パースト ☐ その他 () 摂取方法: ☒ 経口 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ その他 ()
口腔清潔	☒	☐	☐	☐	義歯: ☒ 無 ☐ 全義歯 ☐ 部分 (部位:)
服薬管理	☐	☒	☐	☐	カレンダー使用
夜間の状態	(良眠) (具体的に:)				睡眠剤服用: (無)
調理	☐	☐	☒	☐	配達サービス利用
掃除	☐	☒	☐	☐	
買い物	☐	☐	☒	☐	外出するときは家族同伴。一人では外出しない。
電話対応	☐	☐	☒	☐	
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。				