

Version4-A
(様式1)

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

電話番号		記入者名		小林 花子	
FAX番号		0984-〇〇-〇〇〇〇			
(ふりがな)	みやざき たろう	生年月日	明・大・昭	年齢	〇〇 歳
患者氏名	宮崎 太郎		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	☒ 男 ☐ 女
住 所	〒 886-〇〇〇〇 小林市堤〇〇〇〇-〇〇	身長	〇〇 cm	体重	〇〇 kg
		測定日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	☐ 測定不可	
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 (1・2 ③ 4・5 有効期間 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日)				
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☒ 療育 (A(B-1)・B-2) ☒ 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	◎			090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
2				080-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
3				0985-〇〇-〇〇〇〇	
☐ 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) 有 ☐ 住環境上の問題 () かかりつけ医療機関 〇〇クリニック (内科) 既往歴 パーキンソン病、肺炎					
医療処置	(無) 有 { ☐ バルカンカテーテル ☐ 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	(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 () シェント部位 ()				
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) 不可)
更衣	☒	☐	☐	☐	
入浴	☐	☒	☐	☐	場所: ☒ 自宅 (浴室) ☐ シェ 制限: (無) 有 { ☐ シェ 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・問題あり) (具体的に:) 睡眠剤服用: (無) 有)				
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。				