

様
入院時情報提供書【西諸地域共通】

※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 性別 男・女
住所	〒	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 checked="" 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)		
指定難病	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"/> バルンカテテル <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) (有の場合 日常生活自立度: I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 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
			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"/>
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<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"/>
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
電話対応	<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:			