

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 | | |
| 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0000-00 | 身長 | ○○ cm 体重 ○○ kg 測定日 ○○/○○/○○ <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) | | |
| 指定難病 | 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 ◎ (ふりがな) 氏名 続柄 住所 (別居の場合) 電話番号 1 ◎ □・・・男性 ○・・・女性 2 ◎ ◎・・・本人 3 ■●・・・亡くなった人 主・・・主介護者 ※同居者は○で囲む | | |
| 経済状況 | <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) <input checked="" type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 () <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"/> バルカテーテル <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 | (有) (内容: 徘徊あり) 認知症: (有) (有の場合 日常生活自立度: IIIb) 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 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具、補助具 | |
| 移乗 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 寝返り:(可) | |
| 更衣 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 場所: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (浴室) 制限: (無) { <input type="checkbox"/> シヤ | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 場所: <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータ 失禁: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 | |
| 食事 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 () 形態: <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キヤ 摂取方法: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 義歯: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分 (部位:) | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 配達サービス利用 | |
| 掃除 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| 買い物 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 外出するときは家族同伴。一人では外出しない。 | |
| 電話対応 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input 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。 | | |

・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
 ・オムツの種類 (リハパン、尿パッドなど)
 ・食事の形状、とろみ剤使用、嚥下障害、アレルギーの有無
 ・歩行器の種類 (キャスターあり、なしなど)
 ・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。

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

