

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。

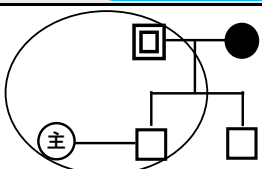
をいただいています

記入年月日 ○○年○○月○○日

記入者名	小林 花子																						
FAX番号	0984-00-0000																						
患者氏名	みやざき たろう 宮崎 太郎	生年月日	明・大・悟 ○○年○○月○○日																				
住所	〒886-0000 小林市堤0000-00	身長	○○cm																				
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 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 )																						
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◎)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>キーパーソン</th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>住所 (別居の場合)</th> <th>電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>◎</td> <td></td> <td></td> <td>090-0000-0000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>080-0000-0000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0985-00-0000</td> </tr> </tbody> </table>			キーパーソン	氏名	続柄	住所 (別居の場合)	電話番号	1	◎			090-0000-0000	2				080-0000-0000	3				0985-00-0000
キーパーソン	氏名	続柄	住所 (別居の場合)	電話番号																			
1	◎			090-0000-0000																			
2				080-0000-0000																			
3				0985-00-0000																			
同居状況	<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 )																						
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 (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																				
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  
・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。