

様

### 入院時情報提供書【西諸地域共通】(2-1)

※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 歳	性別	男・女
住所	〒					
身長・体重	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 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	(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( ) 特記事項( )

