

様

入院時情報提供書

※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										性別	男・女																					
住 所	〒										身長	cm										体重	kg										測定日	年 月 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 年 月 日～ 年 月 日)																																											
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☐ 療育 (A・B-1・B-2) ☐ 精神 (級) ☐ 特定疾患 (病名:)																																											
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(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(回/週) ☐ 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	☐ 独居 ☐ 高齢夫婦 ☐ その他 ()		
	経済状況	☐ 年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()		
	金銭管理	☐ 本人 ☐ その他 ()		
	住環境	☐ 一戸建て (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		既往歴	

医療 処置	(無・有) { ☐ パルカテール ☐ 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:) 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() シャント部位 ()			

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 ☐ 手引き
移乗	☐	☐	☐	☐	寝返り:(可・不可) 起き上がり:(可・不可)
更衣	☐	☐	☐	☐	
入浴	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ 自宅 (浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス 制限: (無・有) { ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他 () }
排泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ (常時・夜間のみ) 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	☐	☐	☐	☐	
夜間の状態	(良眠・問題あり) (具体的に:)				睡眠剤服用: (無・有)
調理	☐	☐	☐	☐	
掃除	☐	☐	☐	☐	
買い物	☐	☐	☐	☐	
電話対応	☐	☐	☐	☐	
嗜好	喫煙: (無・有) (本/日) 飲酒: (無・有) (週 回 内容:)				

特記事項等: