

記入の仕方(入力用)

様

入院時情報提供書

※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																					
(ふりがな) 患者氏名	みやざき たろう 宮崎 太郎	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日																				
性別	男																						
住所	〒 886-0000 小林市堤0000-00	身長	○○ cm																				
		体重	○○ kg																				
		測定日	年 月 日 ○○ ○○ ○○																				
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 (3 有効期間 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日～ ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日)																						
障害等認定	☐ なし ☐ 身障 (級) ☒ 療育 (B-1) ☒ 精神 (3 級) ☒ 特定疾患 (病名: パーキンソン病)																						
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 (3 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 ()																						
連絡先 (※キーパーソンに◎)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>キーパーソン</th> <th>(ふりがな) 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	(ふりがな) 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	(ふりがな) 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																			
	☐ 独居 ☐ 高齢夫婦 ☒ その他 (長男夫婦と同居)																						
	経済状況 ☒ 年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 () 金銭管理 ☐ 本人 ☒ その他 (長男) 住環境 ☒ 一戸建て (2 階建て) ☐ 集合住宅 (階) 住宅改修 (無) ☐ 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) { ☐ バルカンテール ☐ 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	(有) (内容: 徘徊あり) 認知症: (有) 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 () シェント部位 ()																						
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																		
移乗	☐	☒	☐	☐	寝返り: (可)																		
更衣	☒	☐	☐	☐																			
入浴	☐	☒	☐	☐	場所: ☒ 自宅 (浴室) 制限: (無) { ☐ シャ } 場所: ☒ トイレ ☐ ポータブ 失禁: ☒ 無 ☐ 尿失禁 ☐ 便失禁																		
排泄	☐	☒	☐	☐																			
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	☐	☒	☐	☐	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	☐	☐	☒	☐	配達サービス利用																		
掃除	☐	☒	☐	☐																			
買い物	☐	☐	☒	☐	外出するときは家族同伴。一人では外出しない。																		
電話対応	☐	☐	☒	☐																			
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。																						

記入の仕方(手書き用)

様

入院時情報提供書

※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-○○-○○○○	
(ふりがな) 患者氏名	みやざき たろう 宮崎 太郎	生年月日	明・大(昭) ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
住 所	〒 886-○○○○ 小林市堤○○○○-○○	身長	○○ cm
		体重	○○ kg
		測定日	年 月 日 ○○ ○○ ○○
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 (3 級) ☒ 特定疾患 (病名: パーキンソン病)		
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(3 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()		
連絡先 (※キーパーソンに◎)	キーパーソン() 氏 名 続柄 住所 (別居の場合) 電話番号 1 ◎ ☐ ……男性 ○……女性 090-○○○○-○○○○ 2 ☒ ……本人 080-○○○○-○○○○ 3 ☒ ……亡くなった人 0985-○○-○○○○ 主 ……主介護者 ※同居者は○で囲む		
家族関係図	☐ 独居 ☐ 高齢夫婦 ☒ その他 (長男夫婦と同居) 経済状況 ☒ 年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 () 金銭管理 ☐ 本人 ☒ その他 (長男) 住環境 ☒ 一戸建て (2 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 ○○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 { ☐ バルカテール ☐ 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: 徘徊あり) 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 () シヤント部位 ()		
ADL等	自立	見守り	一部 介助
移動	☐	☒	☐
移動	☐	☒	☐
更衣	☒	☐	☐
入浴	☐	☒	☐
排泄	☐	☒	☐
食事	☒	☐	☐
口腔清潔	☒	☐	☐
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: ()		
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。		