

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。

記入年月日 ○○年○○月○○日

記入者名 小林 花子

FAX番号 0984-○○-○○○○

患者氏名 宮崎 太郎 生年月日 昭和○○年○○月○○日 年齢 ○○歳 性別 男

住所 身長 ○○cm 体重 ○○kg 測定日 年 月 日  測定不可

介護保険 年 月 日～年 月 日 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)

指定難病 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 〇 女性  
 2 〇 本人  
 3 〇 主介護者  
 ※同居者は○で囲む

同居の場合は、住所に「同居」と記入する。

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) {  バルカテーテル  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) (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)  
 透析: (無) 医療機関名( ) 透析曜日( )

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

食事  形態:  普通  キッチン 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。

【追加】日常生活自立度の記載を追加しました。(入力の場合はランクをプルダウンより選択できます。)

【追加】障害等認定と指定難病の記載枠を分けました。(特定疾患→指定難病へ変更)

【追加】赤色で記載の部分を追加しましたので必要時に余白に記入をお願いします。

【追加】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。