

# 入院時情報提供書（ケアマネジャー → 医療機関）

担当者様（記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用下さい。

担当ケアマネジャー名 <small>(フリガナ)</small>	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

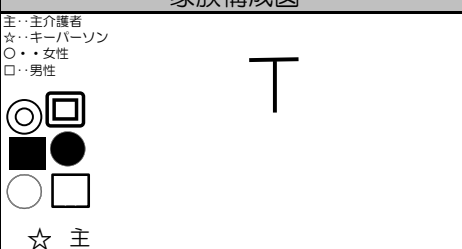
### 【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院の方針が決まり次第、なるべく早く連絡をお願いします。
- ・必要に応じて、退院時の情報提供（カンファレンス）をお願いします。
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 <small>(フリガナ)</small>	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日		
住所	電話番号			
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階居住） エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ・住まいに関する特記事項（ ））			
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		認定日	年 月 日
			認定の有効期間開始日	年 月 日
		認定の有効期限		年 月 日
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		(認定内容) ( )	
サービス利用状況	<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"/> 通所リハビリ（ 回/週） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ（ 回/週） <input type="checkbox"/> 短期入所（ 回/週） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（内容 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			

## 2. 家族の情報について

<b>家族構成図</b> <small>主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性</small> 		<small>(フリガナ)</small> 氏名 続柄 年齢 才		
キーパーソン 住所 連絡先				
特記事項 <small>(家族関係など)</small>				
緊急時連絡先 <small>(キーパーソン以外)</small>	氏名	住所	連絡先	続柄

## 3. 本人/家族の意向について(欄が足りない場合は、8.の欄に追記する)

本人の性格/趣味・関心領域など	本人の生活歴
入院前の本人の意向	(特記事項) 在宅生活に必要な条件など
入院前の家族の意向	

## 4. 今後の生活展望について(ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力※ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）	
特記事項 <small>(特に注意すべき点など)</small>	

※退院支援者スクリーニング必要項目

5. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )		
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ADLに関する特記事項 (入浴環境など)		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
食事内容	食事回数	( 回 )	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分のとりみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> さざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( )				
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
排泄*	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 ( )				
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 ( )				
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ( )	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
喫煙の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	飲酒の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項					
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
現病歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
入院歴*	半年以内の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 不明						
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて						
医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						

6. お薬について

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: )	管理方法:	( )
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する特記事項			

7. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名①	(フリガナ)	(診療科: )	電話番号
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度: ( ) 回/月
かかりつけ医機関名②	(フリガナ)	(診療科: )	電話番号
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度: ( ) 回/月

8. 連絡事項・その他