

入院時情報提供シート

この情報は利用者(患者)、家族の同意を得て提供しています

提供日

年

月

日

御中		情報提供方法		<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 (/ 投函)		
		入院日		年 月 日		
ふりがな	様 男・女		生年月日	T・S・H	年齢	
氏名				年 月 日生	歳	
住所	〒	連絡先	氏名		TEL	
			①			
		②				
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中(新規・区分変更)			家族状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居者有()	
	有効期間 ~ 自己負担割合 1割・2割・3割					
主治医	①	通院・訪問診療		②	通院・訪問診療	
	TEL		TEL			
入院に至った経緯						
住環境	持ち家・借家	エレベータ あり・なし	住宅改修 あり()・なし	住居階数 () 階建 () 階に居住		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	／週	<input type="checkbox"/> 訪問看護	／週	<input type="checkbox"/> ワンコインサービス()	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	／週	事業所名()		<input type="checkbox"/> 介護タクシー	
	<input type="checkbox"/> 通所介護	／週	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	／週	福祉用具	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ	／週	<input type="checkbox"/> ショートステイ	／週	<input type="checkbox"/> ベッド(電動・固定)	<input type="checkbox"/> 車椅子
	<input type="checkbox"/> 配食サービス	／週	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導()		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ	
	<input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> その他()	
入院前の日常生活	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			<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()	
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴(自宅・施設) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> していない		
	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他()		義歯あり・なし		
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 曖昧	認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ <input type="checkbox"/> あり			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 傾眠	服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 助けが必要()			
特記事項						
在宅生活に関する 本人・家族の意向						
本人						
家族						
在宅介護の可能性	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 家に帰るための条件()					
ケアマネからの情報 (家族関係、ケアマネの見立て、その他医療機関に留意してほしいこと)						
担当ケアマネジャー	氏名	TEL				
事業所名	FAX					
住所	携帯電話					

添付資料: ケアプラン ACPシート その他() 転院時には転院先にもこのシートをお渡しください

こちらをご記入の上 返信をお願いします ⇒ 受取日 年 月 日 受取者名