

入院時情報提供書 【居宅介護支援事業所等 → 病院】

御中

介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整に御活用いただければ幸いです。
また御利用者が他機関への転院をする場合は、本書式を転院先へお渡しして頂けます様宜しくお願い申し上げます。

フリガナ											性別	生年月日					歳		
氏名	様											明・大・昭 年 月 日							
利用者・家族情報	要介護度	申請中	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5					障がい等の認定	なし	身障()	療育()						
	障がい高齢者日常生活自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	認知症高齢者日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	家族構成	単身		高齢者世帯		同居あり		近くに家族あり			家系図								
	キーパーソン	続柄		連絡先			地域の支援体制												
	特記事項																		
居宅介護支援事業所名										担当介護支援専門員									
住所										TEL ()					-				
										FAX ()					-				
										メール					@				
ADL	食事	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容：														
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	移動	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	移乗	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容：														
	睡眠の状態	良眠	問題あり	状況：															
	認知症の状態	状況：																	
介護上特に支障となる点注意すべき点等																			
住環境	住環境上の問題と 思われる点		一戸建て		集合住宅		階・エレベーター(有無)			駐車スペース(有無)									
サービス利用状況	サービス名	回数	内容					サービス名	回数	内容									
利用者及び家族の生活に対する意向																			
退院調整・支援の必要性(あり、なし)																			

かかりつけ医

医療機関名 電話番号	主治医	
---------------	-----	--

※なお、このシートにおける個人情報の取り扱いについては本人もしくは家族に同意を得ています。