

入院時情報提供用紙【居宅介護支援事業所等→病院】

③

先生

(提供日)平成 年 月 日
(入院日)平成 年 月 日

様の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ご活用ください。

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() 難病()・精神()
障がい高齢者 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	現在 利用 して いる サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /日 /週
食形態	普通食・軟食・きざみ食・ソフト食・ミキサー食・とろみ食(その他)		<input type="checkbox"/> 訪問看護 /週
口腔清潔	介助なし・介助あり()		<input type="checkbox"/> 訪問リハ /週
排泄	介助なし・見守り等・一部介助・全介助 ()		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週
排泄方法	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・リハビリパンツ()		<input type="checkbox"/> 通所介護 /週
入浴	介助なし・見守り等・一部介助・全介助 (介助方法)		<input type="checkbox"/> 通所リハ /週
入浴場所	自宅風呂・通所・訪問入浴(その他)		<input type="checkbox"/> 短期入所
移動	介助なし・一部介助・全介助 (介助方法)		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
衣服の着脱	介助なし・一部介助・全介助(介助方法)		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
服薬	介助されていない・一部介助・全介助 ()		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与:
夜間の状態	良眠・不眠 (その他)	<input type="checkbox"/> その他()	
入所施設の申し込み	なし・あり() 不明	<input type="checkbox"/> サービス利用なし	
介護上特に注意すべき点等(認知症の周辺症状と対応の方法)			
住まい	住環境	一戸建て・集合住宅 階・エレベーター(有・無)	
	移動・外出・排泄・入浴等の問題点		
家族情報	家族構成	単身・高齢者世帯・同居有()	
	特に留意すべき点		
主介護者	フリガナ	続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい
	氏名		TEL () -
緊急時	フリガナ	続柄	同居・別居 どちらかに○をつけて下さい
	氏名		TEL () -
介護に関する本人・家族の意向、入退院に際しての留意点など			
退院調整・支援の必要性(あり・なし)			
連携上の要望事項			

かかりつけ医

医療機関名	主治医	
-------	-----	--

居宅介護支援事業所 ※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。

事業所名	担当介護支援専門員
所在地	TEL
	FAX
	mail @

御殿場市医師会