

入院時情報提供書

*FAXで情報提供する場合は、氏名、生年月日等を消し、個人が特定されないように配慮すること。

作成日： 年 月 日

御中

入院日： 日 年 月

日 年 月

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

添付資料（有（ ）・無（ ））

ふりがな					性別	生年月日			
氏 名					男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日（			
住 所	TEL				家族構成				
緊急連絡先	① 続柄（ ） TEL 自宅 携帯				同居家族は○で囲む 【★：キーパーソン ☆：主な介護者 ○：女性 □：男性）				
	② 続柄（ ） TEL 自宅 携帯								
成年後見人	無 ・ 有 氏名： TEL								
住宅環境	一戸建て ・ 集合住宅（ 階） ・ エレベーター（有 ・ 無） 段差（有 ・ 無） 寝具（布団 ・ ベッド） トイレ（和式 ・ 洋式）								
経済状況	年金 有（ ） ・ 無 その他（ ） 生活保護				備考欄（家族状況）				
要介護度	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 総合事業対象者								
	申請中（新規 ・ 更新 ・ 区分変更） 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 【被保険者番号：								
障害等認定	身障（種別： / ）級 ・ 精神（ ）級 ・ 療育（有（A・B） ・ 無） ・ 原爆 ・								
かかりつけ医	（ ☐ 外来通院 / ☐ 訪問診療） 医療機関・主治医名 連絡先				（ ☐ 外来通院 / ☐ 訪問診療） 医療機関・主治医名 連絡先				
	薬局名 連絡先				服薬管理： 自立 見守り 一部介助 全介助 お薬手帳： 有 無				
病歴・疾病	既往歴・治療状況・医療上の注意点・服薬状況・感染症・アレルギー等								
サービス 利用状況	☐ 訪問介護（ 回/週 ☐ 訪問入浴（ 回/週 ☐ 通所介護（ 回/週 ☐ 通所リハ（ 回/週 ☐ 訪問リハ（ 回/週 ☐ 訪問看護（ 回/週 ☐ 短期入所 ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具貸与（内容： ☐ その他（内容： ☐ その他福祉・障害・医療サービス等（内容：								
		自立	見守り	一部介助	全介助	備考			
	食形態	☐	☐	☐	☐	嚥下状態（良・不良） 咀嚼状況（良・不良） 普通 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ ペースト ・ トロミ ムース ・ ゼリー ・ 経管栄養 箸 ・ スプーン ・ 自働具			
	口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯（無・有： 上・下・全部）			
移動	☐	☐	☐	☐	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー				
移乗	☐	☐	☐	☐					
起居	☐	☐	☐	☐					
入浴	☐	☐	☐	☐	入浴不可（シャワー・清拭） 自宅（浴室）・訪問入浴・通所系サービス				
更衣	☐	☐	☐	☐					
排泄	☐	☐	☐	☐	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル オムツ（常時・夜間のみ） 失禁（無・時々有・常時有） 下剤使用（無・有） 洗腸（無・有）				
					睡眠				
医療処置	酸素 ・ 吸引 ・ 気管切開 ・ 胃ろう ・ 膀胱留置カテーテル ストマ ・ 褥瘡（部位： ） ・ その他（				睡眠				
運動機能	麻痺：なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮：なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他				睡眠剤使用（無・有） 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力				
その他（ご本人の性格、望む暮らし、心身状況、生活環境、習慣、家族の支援状況、家族の介護力等）									
情報提供事業所名					担当ケアマネジャー				
TEL					FAX				

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

【2023 大和郡山市在宅医療介護連携推進会議】