

入院時情報提供書

令和 年 月 日

事業所名 (施設名)	担当氏名
	連絡先

ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日 (年齢)	年	月	日
氏名		<input type="checkbox"/> 女		(歳)		

要介護認定	介護度 : 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	認定期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

高齢者の生活自立度	<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
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

利用サービス (利用頻度等)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()	<input type="checkbox"/> 通所介護 ()
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()	<input type="checkbox"/> 通所リハ ()
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ ()	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

キーパーソン (連絡先)	氏名	続柄	連絡先	備考

経済状況	保険種別: <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保
	年金種別: <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他 ()

家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>男性 女性 (本人) (死亡) (同居)</small>	心身の状況	疾患名、既往歴など
	かかりつけ医	医療機関名: 主治医:
	生活状況 (直近数ヶ月)	

ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	備考 (必要事項は追記)
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯→ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 () <input type="checkbox"/> 制限あり () 食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---	---

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他→ ()
------	---

特記事項 (生活上の課題など)

※この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意を得ています。
(同意を得ていないものについては未記入)