

入院時情報提供書

令和 年 月 日

|               |      |
|---------------|------|
| 事業所名<br>(施設名) | 担当氏名 |
|               | 連絡先  |

|      |    |                            |              |   |   |   |
|------|----|----------------------------|--------------|---|---|---|
| ふりがな | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日<br>(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<br>(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<br>(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<br>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"/><br>男性 女性 (本人) (死亡) (同居) | 心身の状況           | 疾患名、既往歴など   |
|  | かかりつけ医          | 医療機関名: _____<br>主治医: _____  |
|  | 生活状況<br>(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 ( )<br>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<br><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<br><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<br><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)