

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	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
氏名				
要介護認定	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
高齢者の生活自立度	認知症高齢者の生活自立度	住環境	階建て 階	
経済状況	保険種別	年金種別	()	
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
ACP ※参考としてご活用ください。		実施の有無	実施時期	令和 年 月

心身の状況 (疾患名等)	
-----------------	--

家族構成図	かかりつけ	医科	医療機関名： _____	主治医の氏名： _____
		歯科	医療機関名： _____	薬局 薬局名： _____
		生活状況 (直近数ヶ月)		

男性 女性 (本人) (死亡) (同居)

ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	身体・生活機能の状況			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動方法			口腔清潔
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事内容	()	口腔	義歯の有無
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事形態	()		義歯使用の有無
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴方法		薬	服薬介助の有無
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギーの有無			薬の剤形
療養上の問題								()
医療処置								()

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)

- (選択項目)
- 移動方法 (車椅子・杖使用・装具・補助具使用・※特記)
 - 食事内容 (普通食・治療食・制限あり・※特記)
 - 食事形態 (普通・きざみ・嚥下障害食・ミキサー・その他・※特記)
 - 療養上の問題 (幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難・※特記)
 - 医療措置 (在宅酸素療法・喀痰吸引・気管切開・胃ろう・経管栄養・尿道カテーテル・ストマ・褥瘡・※特記)
 - 入浴方法 (自宅・通所系サービス・訪問入浴・※特記)
 - 薬の剤形 (錠剤・カプセル・散剤(粉薬)・液剤(シロップ)・※特記)
 - 口腔清潔 (良・不良・著しく不良・※特記)