

様式Ⅰ

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

Ⅰ. 利用者(患者) 基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年 齢	才	性 別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住 所	〒	電話番号			
住 環 境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)： 階建て、 居室 階、 エレベーター(有・無)				
	特記事項()				
入院時の要介護度	☐ 事業対象者 ☐ 要支援() ☐ 要介護() 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請				
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ ☐ Ⅵ ☐ Ⅶ ☐ Ⅷ ☐ Ⅷ				☐ 医師の判断
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ Ⅴ ☐ Ⅵ ☐ Ⅶ ☐ Ⅷ				☐ ケアマネジャーの判断
介護保険の 自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明		障害など認定 ☐ なし ☐ あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他()				

Ⅱ. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他() * ☐ 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

Ⅲ. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(Ⅰ)参照
入院前の家族の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(Ⅰ)参照

Ⅳ. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護 サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ表 ☐ その他()
---------------------	--

Ⅴ. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居(家族構成員数 名) * ☐ 日中独居 ☐ その他()
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要()
退院後の主介護者	☐ 本シートⅡに同じ ☐ 左記以外(氏名 続柄・年齢 才)
介護力*	☐ 介護力が見込める(☐ 十分・ ☐ 一部) ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による 虐待の疑い*	☐ なし ☐ あり()
特記事項	

Ⅵ. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり	

*＝診療報酬退院支援加算Ⅰ、Ⅱ「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	☐ なし ☐ あり（ ）			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	☐ 移動（室内）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	☐ 移動（屋外）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食 事 内 容	食事回数	（ ）回／日（朝____時頃・昼____時頃・夜____時頃）				食事制限	☐ あり（ ） ☐ なし ☐ 不明			
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ		☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり（ ） ☐ なし ☐ 不明		
口 腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯		☐ なし ☐ あり（部分・総）
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		☐ なし ☐ あり
排 泄 ＊	排 尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
	排 便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
睡眠の状態		☐ 良 ☐ 不良（ ）			眠剤の使用		☐ なし ☐ あり			
喫煙		☐ 無 ☐ 有____本くらい／日			飲酒		無		有____合くらい／日あたり	
シ ョ ン 能 力	視力	問題なし		やや難あり		困難		眼鏡	☐ なし ☐ あり（ ）	
	聴力	問題なし		やや難あり		困難		補聴器	☐ なし ☐ あり	
	言語	問題なし		やや難あり		困難		コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	問題なし		やや難あり		困難				
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）								
疾患歴＊		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他（ ）								
入 院 歴 ＊	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり（理由：____ 期間：R ____年 ____月 ____日～R ____年 ____月 ____日） ☐ 不明								
	入院頻度	☐ 頻度は高い／繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでにもある ☐ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置＊		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射（ ） ☐ その他（ ）								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	☐ なし ☐ あり（ ）	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり（職種： ）
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理（・管理者：____ ・管理方法：____）		
服薬状況	☐ 処方通り服薬 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	（フリガナ）	診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度＝（ ）回／ ____月

＊＝診療報酬 退院支援加算1、2「退院困難な患者の要因」に関連