

入院時情報提供書（ケアマネジャー → 医療機関）

担当者様（記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

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。

担当ケアマネジャー名 <small>(フリガナ)</small>	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院の方針が決まり次第、なるべく早く連絡をお願いします。
- ・必要に応じて、退院時の情報提供（カンファレンス）をお願いします。
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 <small>(フリガナ)</small>	年齢 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日	
住所	電話番号		
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階居住）エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ・住まいに関する特記事項（ ））		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請	有効期限 年 月 日
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (認定内容) ()
障害高齢者の日常生活自立度	<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		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（ 回/週） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（内容 ）	<input type="checkbox"/> 訪問看護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ（ 回/週）	<input type="checkbox"/> 通所介護（ 回/週） <input type="checkbox"/> 短期入所（ 回/週） <input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 家族の情報について

家族構成図		氏名 <small>(フリガナ)</small>	続柄	年齢	才
<small>主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性</small> <small>☆ 主</small>	キーパーソン	住所	連絡先		
		特記事項 <small>(家族関係など)</small>			
緊急時連絡先 <small>(キーパーソン以外)</small>	氏名	住所	連絡先	続柄	

3. 本人/家族の意向について(欄が足りない場合は、8.の欄に追記する)

本人の性格/趣味・ 関心領域など	本人の生活歴
入院前の本人の意向	(特記事項) 在宅生活に必要な条件など
入院前の家族の意向	

4. 今後の生活展望について(ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力※	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項 <small>(特に注意すべき点など)</small>	

※退院支援者スクリーニング必要項目

5. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)						
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他							
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		ADLに関する特記事項 (入浴環境など)								
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
食事内容	食事回数	() 回		食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分のとりみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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				摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()					
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
排泄※	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 ()					
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 ()					
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
喫煙の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				飲酒の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				コミュニケーションに関する特記事項						
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難										
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()										
現病歴※		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()										
入院歴※	半年以内の入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明										
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて										
医療処置※		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()										

6. お薬について

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種:)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者:) 管理方法: ()				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない				
お薬に関する特記事項					

7. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名①	: (診療科:)		電話番号		
医師名	(フリガナ)		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度: () 回/月	
かかりつけ医機関名②	: (診療科:)		電話番号		
医師名	(フリガナ)		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度: () 回/月	

8. 連絡事項・その他