

様式1

入院時情報提供シート

事業所名				電話番号			
担当者名				FAX番号			

ふりがな 氏名			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
住所					電話				

緊急時 連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号

家族構成図		住環境	□一戸建 □集合住宅 (階建て 階) エレベーター □有 □無	
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		心身の状況	疾患名、病歴、入院歴など	
		かかりつけ医	医療機関名() □通院 □訪問診療 Tel: ()	
		要介護度	□申請中 □区分変更中 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)	
		サービス利用状況		
生活歴		□訪問介護() 回/週 □訪問看護() 回/週、うち 医療保険 () 回/週 □通所介護() 回/週 □通所リハビリ() 回/週 □訪問リハ() 回/週 □短期入所() 回/週 □福祉用具貸与(内容: ()) □その他()		

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用
口腔清潔	□	□	□	□	義歯: □有 □無
食 事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 (□糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他)
					主食: □米飯 □全粥 □ミキサー 水分: □とろみ剤使用 □あり □なし
					副食: □通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)
更 衣	□	□	□	□	
入 浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス
排 泄	□	□	□	□	場所: □トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ(□常時 □夜間のみ)
服薬管理	□	□	□	□	
障害高齢者の日常生活自立度					□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症日常生活自立度					□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M
療養上の 問題	□無 □有 { □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 □その他()				
医療処置	□バルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他()				
今後の生活 展望等	本人/家族の意向、ケアマネとしての意見など				
連絡事項、その他					
備考					

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いただいています。
この情報は、令和 年 月 日現在のものです。

平成30年4月 Ver.3.0