

入院時情報提供書 (ケアマネジャー → 医療機関)

※ケアプラン1表・2表・3表/興味関心チェックシート/お薬手帳(いずれもコピー)/住環境に関する写真 等を添付

様 (記入日: 入院日:)

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		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】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします。
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。
- ・「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			年齢	歳	性別				
	(フリガナ)		生年月日	生					
住所			電話番号						
住環境 <small>※可能なならば「写真」等を添付</small>	戸建て	集合住宅(2階居住)	エレベーター	なし	あり	()			
	・住まいに関する特記事項 ()								
入院時の要介護度	要支援 ()	要介護 ()	申請中	未申請					
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
介護保険の自己負担割合	1割	2割	3割	不明	障害者等の認定	なし	あり	()	
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 ()				

2. 家族の情報について

家族構成	独居	キーパーソン (連絡先)	氏名
	同居		(続柄/年齢) (/)
主介護者(年齢)	(歳)		()

3. 本人/家族の意向について

本人の性格/ 趣味・関心事など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

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	独居 日中独居 高齢世帯 サポートできる家族や支援者が不在 家族が要介護状態/認知症である その他 ()
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「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（ ）

6. 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				
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	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	食事回数	・朝 時頃 ・昼 時頃 ・夜 時頃				食事制限	なし	あり（ ）	
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー	水分制限	なし	あり（ ）	
	摂取方法	経口	経管栄養		水分とろみ	なし	あり	UDF等の食形態区分	
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	
	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	
睡眠の状況	良	不良（ ）			眠剤の使用	なし	あり	睡眠時間 時間/日	
喫煙量	本くらい/日あたり				飲酒量	合くらい/日あたり			
コ ミュ ニ ケー ション	視力	問題なし	やや難あり	困難		メガネ	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			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（ ）						不明
	入院頻度	頻度は高い/繰り返している			頻度は低いが、これまでもある			今回が初めて	
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（ ）								

7. お薬について（必要に応じてお薬手帳を添付）

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	処方通り服用 時々飲み忘れ 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							

8. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	（フリガナ）	診療方法・頻度	受診 訪問診療 ・頻度＝（ ）回 / 月 週