

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などを添付

病院担当者様（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	(フリガナ)	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

1. 利用者(患者)基本情報について				
(フリガナ) 患者氏名		年齢	才	性別 男 女
住所		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（2階居住）	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（中が狭い）	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中（申請日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 未申請			
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
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			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
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"/> その他（ ）			
2. 家族の情報について				
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 日中独居			
主介護者（年齢）	（ 才）	連絡先		
キーパーソン（年齢）	（ 才）	連絡先		
3. 本人／家族の意向について				
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	<input type="checkbox"/> 資料 居宅サービス計画書（1）参照			
入院前の家族の意向（特に生活について）	<input type="checkbox"/> 資料 居宅サービス計画書（1）参照			
4. 入院前の介護サービス利用状況について				
入院前の介護サービス利用状況について	同封の資料をご確認下さい <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1、2、3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
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				
退院後の世帯状況	<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（ ）			
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）			
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄 ・年齢 ）			
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や介護者はいない			
家族や同居家族による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
特記事項				
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	<input type="checkbox"/> 希望あり			
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 具体的な要望（ ）			
『退院前訪問指導』を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり			

* = 診療報酬 退院指導加算1、2「退院困難な患者の要件」に関連

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻酔の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他	
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 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	<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				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 常時				
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 常時				
睡眠の状態		良 不良（ ）			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		睡眠時間 時間/日			
喫煙量		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 本/日		飲酒量	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり 合/日			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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		<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（ ）									
疾患歴*		<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*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（H 年 月 日～ H 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"/> 今回は初めて									
入院前に実施している医療処置*		<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"/> 経鼻栄養 <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"/> 尿路ストーマ <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（ ）									

7. 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	<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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診療方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月・週

* = 診療報酬 退院指導加算 1, 2 「退院困難な患者の要件」に関連 (記入日： 年 月 日現在の状況)