

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。

1. 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 ※可能な場合は、「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）				
入院時の要介護度	☐ 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 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				☐ 医師の判断 ☐ ケアマネジャーの判断
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
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()				

2. 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	

3. 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(1)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(1)参照

4. 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1.2.3表 ☐ その他（ ）
-----------------	--

5. 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2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ）
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	

6. 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 1. 2「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		
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	☐ 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： H 年 月 日 ~ H 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	☐ 処方通り服用 ☐ 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