

入院時情報提供書

病院
様

事業者名			
TEL		FAX	
携帯電話		担当者名	

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようよろしくお願い致します。

書類作成日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

入院日 年 月 日

フリガナ 氏名	様		生年月日	年 月 日	歳	住所		
緊急連絡先	① (関係) ② (関係)		住所	住所		TEL	TEL	
主なかかりつけ医(連絡先)	医療機関名		医師		先生	☐ 男性 ☐ 女性 (年齢) 野線で結ぶ 同居を○ キーパーソンは★ 主たる介護者は 主○ 本人は◎		
既往歴						☐ 日中独居		
介護保険	申請中(月 日 付)	生保			サービス利用			
		受給	担当CW :					
保険情報	介護保険 ()割	国保 ()割						
	後期高齢 ()割	社保 ()割						
手帳	▼ : 身体()級 療育()級 精神()級							
医療症・受領証	自立支援 : ▼		心身 : ▼	難病 : ▼	特疾 : ▼	☐ 別添の居宅サービス計画書等 参照		

【自宅での生活状況】

栄養	食事	▼ 回数 : ▼ 回/日		移動	移乗	寝返り	▼	座位	▼
	形態	主食 : ▼ 副食 : ▼ とろみ : ▼				起き上がり	▼	立位	▼
	方法	▼ 嚥下 : ▼				立ち上がり	▼	移乗	▼
排泄	排尿	▼	排便	▼	移動	歩行	▼		
	失禁	▼ 失禁の頻度(▼)		室内		▼	屋外	▼	
	方法	昼 : ▼	夜 : ▼	整容		▼ 薬の服用 : ▼(▼)			
清	保清	▼ 方法 : ▼		睡眠	認知・精神面	認知症 : ▼(▼)			
	言葉	▼ 理解 : ▼				専門家への受診 : ▼(▼)			
	意思伝達	▼ (伝達方法 : ▼)				精神疾患 : ▼(▼)			
コミュニケーション	聴覚	日常生活に ▼ 補聴器 : ▼		認知・精神面	認知・精神面	中核症状 : ▼(▼)			
	視覚	日常生活に ▼ 眼鏡等 : ▼				(▼)・その他(▼)			
	周辺症状 : ▼ (せん妄・妄想・暴力・暴言・幻覚・錯覚・徘徊・うつ) (▼)障害 その他(▼)								
口腔ケア	▼ 義歯 : ▼ (上 : ▼・下 : ▼)		薬剤管理	▼					
褥瘡	▼ (部位 : ▼)			管理者がいる場合 (▼)					
皮膚疾患	▼ (部位 : ▼)			服薬状況 ▼					
悪化時の介護力		▼ (▼)							
本人の療養生活に対する希望・意向				家族の療養生活に対する希望・意向					
医療的処置		インシュリン注射(自己不可)・インシュリン注射(自己可)・膀胱留置カテーテル・中心静脈栄養・ストマ(消化管)ストマ(尿路)・人工呼吸器・在宅酸素・疼痛管理・喀痰吸引・膀胱瘻・腎瘻							
アレルギー		▼(▼)							
その他 (在宅での生活環境に関する特記事項・課題等)									