

入院時情報提供票

事業所

TEL

FAX

担当者

事業所



医療機関

様

(記入日) 平成

年

月

日

在宅での生活状況及び介護状況について、下記のとおりご連絡いたします。

入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしくお願いたします。なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。

フガナ 対象者		男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
住 所				電話				
緊急 連絡先	1. 氏名			()	TEL			
	2. 氏名			()	TEL			
介護度	申請中・要支援()・要介護()			障害手帳	有			
有効期間	H. 年 月 日 ~ H. 年 月 日		生活保護	受給				
既往 歴・ 現病 歴	年・月・日	病 名		病 院 名		内 服 薬 薬情書の添付 お薬手帳の写し添付 その他添付 <家系図>		
入院に 至る経緯								
移 動	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			キーパーソン:
排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助			更 衣	自立・見守り・一部介助・全介助			
特生 記活 事状 項況 等や								
サ 利 用 ビ 中 ス の								
食 事 形 態	(主 食)	普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ			アレルギー	無・有 ()		歯 の 状 態 自歯 総義歯、部分義歯 上義歯、下義歯 () かかりつけ歯科医
	(副 食)	普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ						
意 思 疎 通	視力	支障 無・有 ()			意思伝達	出来る・出来ない()		
	聴力	支障 無・有 ()			指示への反応			
認 知 症	無・有 (被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言、暴行・徘徊・その他())							
退院後の希望(本人・家族):								