事業所

　TEL

　FAX

担当者

入院時情報提供票

事業所

医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中　　　（記入日）令和　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ対象者 |  | 男女 | 生年月日 | M・T・S・H　　　　　年　　　　月　　　　日 | 　　　　　歳 |
| 住　所 |  | 自宅電話 |
| 緊急連絡先 | 1.氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） | 電話 |
| 2.氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） | 電話 |
| 介護度 | 申請中　・　要支援（　　）　・　要介護（　　） | 障害手帳　　　　　　　有　　・　　無 | 内服薬 | 薬情書の添付お薬手帳の写し添付 |
| 有効期間 | R.　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | 生活保護　（受給）　　有　　・　無 |
| 既往症・現病歴 | 年・月・日 | 病　　名 | 　　　病　院　名　　　　　（担当医） |
| 管理方法 | 自立本人へ手渡しお薬カレンダーその他 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  | 〈家系図〉 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 入院に至る経緯 |  |
| 更衣 | 自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | キーパーソン： |
| 移動 | 自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　杖　・　歩行器　・　車イス　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | 自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　ポータブルトイレ　・　紙パンツ　　　　　　　　　　　　） | 最終排便日： |
| 入浴 | 自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　自宅　・　デイ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 最終入浴日： |
| 生活状況や特記事項等 |  |
| 利用中のサービス |  | 歯の状態 | 自歯総義歯、部分義歯上義歯、下義歯（　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 食事形態 | （主食）　普通・軟飯・全粥・ミキサー | 水分（粘度：　　　）（とろみ　要・不要） | アレルギー　無し有（　　　　　　　　） |
| （副食）　普通　・　粗キザミ　・　キザミ　・　ミキサーソフト食　・　ゼリー食　　 | かかりつけ歯科医 |
| 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 |  |
| 認知面 | 無　・　有　（被害妄想　・　感情不安定　・　昼夜逆転　・　暴言、暴行　・　徘徊　・　幻視　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
|  |
| 退院後の希望（本人・家族） | eひたカード：　登録済 | 私の想いカード　：　　有　・　無　 |
| 6 |

（R２年度一部改定）

※お願い　退院時期が決まり次第、ご連絡をくだされば幸いです。