

入院時情報提供票

事業所
TEL
FAX
担当者

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		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)	
入院に 至る経緯				内服薬 管理方法 自立 本人へ手渡し お薬カレンダー その他
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助()			
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)			
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助(自宅・デイ)			
特記事項 生活状況 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 () かかりつけ歯科医
食事 形態	(主食) 普通・軟飯・全粥・ミキサー (副食) 普通・粗キザミ・キザミ・ミキサー ソフト食・ゼリー食	水分(粘度:) (とろみ 要・不要)	アレルギー 無し 有()	
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	