

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				
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()						〈家系図〉	
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		水分(粘度:)	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				