入院時情報提供書（ 　　　　 ・　　　　 ・　　 　　 ・　　　　 → 医療機関 ）

様式１

グループホーム

小規模多機能型

居宅介護

居宅介護

支援事業所

地域包括

支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　病院地域医療連携室　様

　　下記の利用者の情報提供をいたします。（情報提供にあたっては、本人及び家族の同意を得ております）

基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | 性別 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  | | | 電話 |  |
| 世帯状況 | 単身　　　高齢者世帯　　　同居 家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 主な介護者 | （続柄　　　　　） | | 連絡先 |  | |
| キーパーソン | （続柄　　　　　） | | 連絡先 |  | |
| かかりつけ医 |  | | | | |
| 住環境 | 一戸建て　アパート等　※障害となる環境　なしあり（　　　　）住宅改修（未・済） | | | | |
| 生活状況  家族状況 |  | | | | |

介護保険情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５ | 有効期限 | 年　　月　　日まで |
| サービス  利用状況 | 訪問診療（月　回）　　訪問看護（月　回）　訪問介護（月　回）　訪問リハ（月　回）　　通所リハ（月　回　）　通所介護（月　回）　短期入所（月　 日程度）  訪問入浴（月　回）　　福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害認定 | なし　　身体　　精神　　指定難病　　療育　　その他（　　　　　　　　　） | | |

身体・精神状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食　事  形　態  嚥下機能 | 自立　　見守り　　 一部介助　　全介助 |  |
| 普通食　粥・きざみ 経管　胃ろう　特別食 |
| むせない時々むせる 常にむせる |
| 排　泄  方　法 | 自立　　見守り　　 一部介助　　全介助 |  |
| トイレ　ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ昼　ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ夜　 おむつ |
| 入　浴 | 自立　　見守り　　 一部介助　　全介助 |  |
| 移　乗  移動（屋内） | 自立　　見守り　 　一部介助　　全介助 |  |
| 独歩　　杖　 　歩行器　　　車イス |
| 夜間睡眠 | 良好　　不良　 　眠剤の服用あり |  |
| 服 薬 | なし　あり→　自己管理　他者による管理（　　） |  |
| 認知障害 | なし　認知力低下　認知症（診断　　　　　） |  |
| 行動心理症状（BPSD） | なし　あり→　幻覚幻視妄想　昼夜逆転  暴言・暴行　徘徊　不潔行為  異食　抑うつ 介護への抵抗 |  |

本人家族の思い等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー名:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：

＊退院が決まり次第、担当者へご連絡をお願いします。