病院からの連絡票

様式２

（地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所）　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

下記入院患者様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）

①基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　 月　 日（　　歳） |
| 住所 |  |
| 世帯状況 | [ ] 単身　　[ ] 高齢者世帯　　[ ] 同居 家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住環境 | [ ] 一戸建て　[ ] アパート等　＊住宅改修　[ ] 不要　[ ] 必要（　　　　　　　　　　） |
| 主な介護者 | 　　　　　　　（ 続柄　　　）　[ ]  同居　[ ] 別居　 | 連絡先 |  |
| キーパーソン | 　　　　　　　（ 続柄　　　）　[ ]  同居　[ ] 別居　 | 連絡先 |  |
| 本人・家族の要望等 |  |

②保険情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護認定 | [ ] 申請予定 　[ ] 申請中　[ ] 要支援（ 　）[ ] 要介護（ 　） | [ ] 身障　　[ ] 特定疾患 |
| サービス利用時の留意点 |  |

③医療情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入院日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 退院予定日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 入院診療科 |  | 担当医 |  | 病棟 |  |
| 病　名（既往歴） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 疾患についての留意点 |  |
| 医療処置 | [ ] 吸引　[ ] 在宅酸素　[ ] 経管栄養　[ ] 気管切開　[ ] 創処置　[ ] 他（　　　　　　　　） |
| 薬の管理 | [ ] 自立　[ ] 管理必要　[ ] 服薬介助必要　　　　　　　　＊退院時の処方内容を添付 |
| 継続加療先 | [ ] 当院外来（　　　　　　　　科）　[ ] 紹介（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

④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 　[ ] きざみ 　[ ] 経管　　[ ] 胃瘻　　[ ] その他 |
| [ ] 異常なし　[ ] 時々むせあり　[ ] 常にむせる |
| 排泄方法 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |  |
| [ ] トイレ　[ ] ポータブル（昼）[ ] ポータブル（夜）[ ] おむつ |
| 移乗移動（屋内） | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |  |
| [ ] 独歩　　[ ] 杖　　[ ] 歩行器　　[ ] 車椅子 |
| 夜間睡眠 | [ ] 良好　　[ ] 不良　　[ ] 眠剤の服用あり |  |
| 認知障害 | [ ] なし　[ ] 認知力低下　[ ] 認知症あり（診断　　　　　　） |  |
| 問題行動 | [ ] なし　　　[ ] 幻覚幻視妄想　[ ] 昼夜逆転　[x] 暴言・暴行　[ ] 徘徊　[ ] 不潔行為　[ ] 異食　[ ] 抑うつ　[ ] 介護への抵抗 |  |

医療機関名・所属：　　　　　　　　　　　　　　退院支援者氏名：　　　　　　　　　職種：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：