

入院時情報提供書

ケアマネット新宿作成版 H31年1月作成

※別紙のケアプラン1・2・3表も、ご参照下さい。

病院 担当者様

記入日：	年	月	日
入院日：	年	月	日

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、ケアマネジャーへ連絡をお願いします
- ・必要に応じて、ケアマネジャーへ退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	住所
	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	歳	性別
	生年月日		
住所	電話番号		
住環境	階	階段/エレベーター	
入院時の要介護度	住まいに関する特記事項 ()		
認知症高齢者の日常生活自立度			
障害高齢者の日常生活自立度			
介護保険の自己負担割合	障害など認定	(種 級)	
年金などの種類	年金	保険	

2. 家族の情報について

家族構成 ()	キーパーソン (連絡先)	氏名	
		続柄	住所
主介護者	続柄 :	年齢	電話

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	具体的な要望 ()
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	具体的な要望 ()

入院時情報提供書

ケアマネット新宿版

記入例

※別紙のケアプラン1・2・3表も、ご参照下さい。

ケアプラン1・2・3表も一緒に病院へ提出してください

日
日

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体) 転記される欄はオレンジ色に表示されています。

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、ケアマネジャーへ連絡をお願いします
- ・必要に応じて、ケアマネジャーへ退院時の情報提供をお願いいたします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	アセスメントシートより転記される欄は、ロックがかかっていますので、直接入力が行えません。
居宅介護支援事業所名		

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) しんじゅく たろう	年齢	●● 歳	性別	男
	新宿 太郎	生年月日	●年●月●日		
住所	新宿区●●町	電話番号	●●●●-●●●●		
住環境	集合住宅 7階	階段/エレベーター	階段とエレベーター有り		
	住まいに関する特記事項 ()				
入院時の要介護度	要介護1				
認知症高齢者の日常生活自立度	I				
障害高齢者の日常生活自立度	J2				
介護保険の自己負担割合		障害など認定	有 (●種 ●級 ●●障害)		
年金などの種類	年金	保険	後期高齢者医療保険		

2. 家族の情報について

家族構成	同居 (娘様と同居)	キーパーソン (連絡先)	氏名	新宿 花子		
主介護者	新宿 花子 続柄 : 長女		続柄	長女	住所	新宿区●●町(同居)
			年齢		電話	●●●●

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／趣味・関心領域など	
本人の生活歴	●●で生まれ育ち、現在の土地に居住して●年、定年まで●●の仕事をしていた。●●を趣味とし、今でも趣味活動の友人と電話で連絡は取っている。
入院前の本人の意向	●●で困っている。●●ができるようになりたい。
入院前の家族の意向 (特に生活について)	長女様: ●●で困っている。介護負担がある。●●ができるようになってほしい。

4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	

5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	具体的な要望 ()
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	具体的な要望 ()

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		ない	褥瘡の有無	ある	仙骨部に皮むけあり。	
ADL	移乗	自立	何かにつかまれば移乗が自力で行える。			
	移動					
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()				
	起居動作	自立	ベッド周りの家具につかまり何とか起き上がり可能。			
	更衣	自立	座位で上衣・下衣の着脱自立。膝の痛みから靴下の着衣は介助が必要で、脱衣は自立。			
	整容	自立	物品の準備から自力で行える。			
	入浴	一部介助	動作不安定にて、娘様が背部・足先の介助と洗髪・浴槽跨ぎの介助を行っている。			
	食事	自立	箸を使い、食事動作自立。配膳介助。娘様不在時は、温めないで済む食事を食べている。			
食事内容	食事回数	朝	時頃・昼	時頃・夕	時頃 食事制限 ()	
	食事形態	普通食 ()				
	摂取方法	水分とろみ ()				
口腔	嚥下機能	むせない	むせない			
	口腔清潔	不良	上下部分入れ歯で、洗浄は自力で行う不十分。			
	義歯	有				
排泄	排尿	一部介助				
	排便	自立				
	用具の使用	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()				
睡眠の状態		()	眠剤の使用	()	睡眠時間	時間/日()
喫煙量		本くらい/日あたり	飲酒量	合くらい/日あたり()		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	メガネ	使用 (眼鏡を使用し、新聞の文字見える。)		
	聴力	問題なし	補聴器	未使用 (普通の声が聞こえている。)		
	言語	問題なし	コミュニケーションに関する特記事項:			
	意思疎通	問題なし				
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()				
疾患歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()				
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返してい <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
医療処置		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()				

排尿・排便障害となった原因と、失禁の有無・頻度や介助方法などを入力してください。

7. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	()	在宅療養管理指導	()
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者:) (管理方法:)		
服薬状況	()		
お薬に関する、特記事項			

8. かかりつけ医について

医機関名	●●クリニック	電話番号	●●●●	診察方法	通院
医師名	●●医師	住所		頻度	1 月に 1 回 (●●科)
医機関名	□□病院	電話番号	□□□□	診察方法	通院
医師名	□□医師	住所		頻度	2 月に 1 回 (□□科)
医機関名		電話番号		診察方法	
医師名		住所		頻度	回 ()