

入院時情報提供書

記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日

1. 利用者（患者）基本情報について

利用者氏名	(フリガナ)		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	〒		電話番号			
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 居室 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 特記事項 ()					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更 (申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)		
※年金等の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族構成／連絡先／在宅生活の展望について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (人暮らし) <input type="checkbox"/> その他 () ※ <input type="checkbox"/> 日中独居		主介護者氏名	続柄 ()	
	【ジェノグラム】		キーパーソン氏名	TEL □ 同居 □ 別居	
			退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
	性別：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人：二重マーク (キーパーソン：☆ 死亡：塗潰し 同居：○で囲む)		その他	家族同居者による虐待の疑い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 世帯に対する配慮 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
※介護力	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (十分 ・ 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に関する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の 生活に関する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表参照 <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	---

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

5. 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		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
ADL	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
						(室外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
食事内容	食事回数	回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				水分制限	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 水分とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	UDF等の食形態区分				
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部分・総)			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				オムツ/パット	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本位/日				飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 合位/日			
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				コミュニケーションに関する特記事項				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難								
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (理由:) 期間: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
※入院前に実施している医療処置		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <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"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマー (<input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 尿路) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

6. お薬について

内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)	
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	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
特記事項					

※ = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連