

入院時情報提供用紙【居宅介護支援事業所等→病院】

③

〇〇病院〇〇科〇〇先生

(提供日)平成 年 月 日
(入院日)平成 年 月 日

〇△様の介護等の情報を提供いたします。入院中のケアや退院調整にご活用ください。

要介護度	申請中・要支援 1・2・要介護 1・2・ 3 ・4・5	障がい等の認定	なし・身障()・療育() 難病()・精神()
障がい高齢者 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・ B1 ・B2・C1・C2	認知症高齢者 日常生活自立度	自立・I・IIa・ IIb ・IIIa・IIIb・IV・M
食事	自立・見守り・ 一部介助 ・全介助	現在 利用 して いる サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /日 1/週
食形態	普通食 ・軟食・きざみ食・ソフト食・ミキサー食・とろみ食(その他)		<input type="checkbox"/> 訪問看護 1/週
口腔清潔	介助なし・ 介助あり ()		<input type="checkbox"/> 訪問リハ /週
排泄	介助なし・見守り等・ 一部介助 ・全介助 ()		<input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週
排泄方法	トイレ・ポータブルトイレ・ オムツ ・リハビリハット()		<input type="checkbox"/> 通所介護 /週
入浴	介助なし・見守り等・ 一部介助 ・全介助 (介助方法)		<input type="checkbox"/> 通所リハ 2 /週
入浴場所	自宅風呂 ・通所・訪問入浴(その他)		<input type="checkbox"/> 短期入所
移動	介助なし・ 一部介助 ・全介助 (介助方法)		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
衣服の着脱	介助なし・ 一部介助 ・全介助(介助方法)		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
服薬	介助されていない・ 一部介助 ・全介助 ()		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与: 車椅子 、 ベッド
夜間の状態	良眠 ・不眠 (その他)	<input type="checkbox"/> その他()	
入所施設の申し込み	なし ・あり() 不明	<input type="checkbox"/> サービス利用なし	
介護上特に注意すべき点等(認知症の周辺症状と対応の方法)	仙骨部に褥瘡あり治療中		
住まい	住環境	一戸建て ・集合住宅 階・エレベーター(有・無)	
	移動・外出・排泄・入浴等の問題点	左片麻痺で歩行困難。車椅子での生活で、すべてに介助や見守りが必要	
家族情報	家族構成	単身・高齢者世帯・ 同居有 (息子夫婦)	
	特に留意すべき点	息子夫婦は協力的。妻は高齢で骨粗しょう症や膝関節症	
主介護者	フリガナ	続柄	同居 ・別居 どちらかに○をつけて下さい
	氏名	妻	TEL () -
緊急時	フリガナ	続柄	同居 ・別居 どちらかに○をつけて下さい
	氏名	息子	TEL () -
介護に関する本人・家族の意向、入退院に際しての留意点など ・本人のペースでゆっくり対応して欲しい。せかされたり、支持的な態度や言葉で対応とパニック状態になるので気をつけて下さい。入院することで怒りっぽさやイライラすることがなくなり穏やかに過ごせるようになってほしいです。			
退院調整・支援の必要性(あり ・なし) 息子夫婦は勤めがあるため早めに連絡をして下さい。			
連携上の要望事項 妻が高齢なため、退院カンファレンスは息子夫婦も同席希望。			

かかりつけ医

医療機関名	〇〇病院〇〇科	主治医	〇〇先生
-------	---------	-----	------

居宅介護支援事業所 ※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。

事業所名	AAA事業所	担当介護支援専門員	△△
所在地	TEL		
	FAX		
	mail @		

御殿場市医師会