

入院時情報提供書

この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。
～退院に向けてのお願い～
退院時の情報提供のご協力をお願いします。

医療機関名:

様

名刺貼付け可

ふりがな			
氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	介護度	
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月 日 歳
ふりがな			本人との関係
キーパーソン			
連絡先	自宅		
	その他		
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	担当CW:	

事業所名	
担当 ケアマネジャー	
電話番号	
FAX番号	

◆入院時情報提供欄 (別添資料 無 有: 枚) ◆週間サービス計画表(第3表)裏面貼付 無 有

情報提供日:	年 月 日	方法:	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話		
情報受付者:	科	病棟	・ 職種		
入院日:	年 月 日	氏名			
現病歴 (既往歴)					
かかりつけ医院(病院)	<input type="checkbox"/> 訪問診療 / <input type="checkbox"/> 往診		担当医師名:		
連絡先 住所	電話番号:	FAX:			
その他の医療機関					
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 通所リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週	<input type="checkbox"/> ショートステイ 日/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> その他:		
家族 状況	キーパーソン ①	氏名:	関係図	住 環 境	<input type="checkbox"/> 一戸建
		続柄:			年齢
	連絡先:		E V <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	キーパーソン ②	氏名:	年齢		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養		嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
起上り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 (<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子)				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		
	□トイレ □PTイレ □オムツ □リハパン (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)		口腔ケア 入歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他:		
薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 お薬手帳: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ☆お薬名				
認知症状:	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有:				
精神薬処方:	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 : お薬名				
夜間の状態:	<input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有:				
ご本人・ご家族の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子等					

週間サービス計画票(第3表) 貼付