

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

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"/> 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：	

名刺貼付け可	
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： R	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	氏名		
入院日：	年	月	日			
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 <input type="checkbox"/> ショートステイ	回/週	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他：	
家族 状況	キーパーソン ①	氏名：	年齢	関係図	住 環 境	<input type="checkbox"/> 一戸建
		続柄：				<input type="checkbox"/> 集合住宅 () F
	連絡先：	年齢	<input type="checkbox"/> E V <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	氏名：					
キーパーソン ②	続柄：					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護			嚥下： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
	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			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"/> 要介護			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護 (<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"/> 要介護			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護		
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン			口腔ケア	入歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)			その他：		
薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護			一包化：	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
	☆お薬名			お薬手帳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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