　　　　　　　　　病院からの連絡票

様式２

（地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所）　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

病院で決まった様式がない場合は、ケアプラン作成

依頼や退院時の情報提供等の連絡に活用ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　様

下記入院患者様の情報提供をいたします。（情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております）

①基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　 月　 日（　　歳） | |
| 住所 |  | | | | | |
| 世帯状況 | 単身　　高齢者世帯　　同居 家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 住環境 | 一戸建て　アパート等　＊住宅改修　不要　必要（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 主な介護者 | （ 続柄　　　）　 同居　別居 | | | | 連絡先 |  |
| キーパーソン | （ 続柄　　　）　 同居　別居 | | | | 連絡先 |  |
| 本人・家族の要望等 |  | | | | | |

②保険情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護認定 | 申請予定 　申請中　要支援（ 　）要介護（ 　） | 身障　　特定疾患 |
| サービス利用時の留意点 |  | |

③医療情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院日 | 年　　　月　　　日 | | | 退院予定日 | 年　　　月　　　日 | |
| 入院診療科 |  | 担当医 |  | | 病棟 |  |
| 病　名  （既往歴） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 疾患についての留意点 |  | | | | | |
| 医療処置 | 吸引　在宅酸素　経管栄養　気管切開　創処置　他（　　　　　　　　） | | | | | |
| 薬の管理 | 自立　管理必要　服薬介助必要　　　　　　　　＊退院時の処方内容を添付 | | | | | |
| 継続加療先 | 当院外来（　　　　　　　　科）　紹介（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

④身体・精神状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【特記事項】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食事  形態  嚥下機能 | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 |  |
| 普通食 　きざみ 　経管　　胃瘻　　その他 |
| 異常なし　時々むせあり　常にむせる |
| 排泄  方法 | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 |  |
| トイレ　ポータブル（昼）ポータブル（夜）おむつ |
| 移乗  移動（屋内） | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 |  |
| 独歩　　杖　　歩行器　　車椅子 |
| 夜間睡眠 | 良好　　不良　　眠剤の服用あり |  |
| 認知障害 | なし　認知力低下　認知症あり（診断　　　　　　） |  |
| 問題行動 | なし　　　幻覚幻視妄想　昼夜逆転　暴言・暴行  徘徊　不潔行為　異食　抑うつ　介護への抵抗 |  |

医療機関名・所属：　　　　　　　　　　　　　　退院支援者氏名：　　　　　　　　　職種：

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：