入院時情報提供書（ 　　　　 ・　　　　 ・　　 　　 ・　　　　 → 医療機関 ）

グループホーム

小規模多機能型

居宅介護

居宅介護

支援事業所

地域包括

支援センター

様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　病院地域医療連携室　様

　　下記の利用者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）

基本情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  | 電話 |  |
| 世帯状況 | [ ] 単身　　　[ ] 高齢者世帯　　　[ ] 同居 家族（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主な介護者 | 　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）　　　　　　　 | 連絡先 |  |
| キーパーソン | 　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） | 連絡先 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 住環境 | [ ] 一戸建て　[ ] アパート等　※障害となる環境　[ ] なし[ ] あり（　　　　）住宅改修（未・済） |
| 生活状況家族状況 |  |

介護保険情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要支援　１　２　　要介護　１　２　３　４　５ | 有効期限 | 　　年　　月　　日まで |
| サービス利用状況 | [ ] 訪問診療（月　回）　　[ ] 訪問看護（月　回）　[ ] 訪問介護（月　回）　[ ] 訪問リハ（月　回）　　[ ] 通所リハ（月　回　）　[ ] 通所介護（月　回）　[ ] 短期入所（月　 日程度）[ ] 訪問入浴（月　回）　　[ ] 福祉用具貸与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害認定 | [ ] なし　　[ ] 身体　　[ ] 精神　　[ ] 指定難病　　[ ] 療育　　[ ] その他（　　　　　　　　　） |

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　[ ] 粥・きざみ [ ] 経管　[ ] 胃ろう　[ ] 特別食 |
| [ ] むせない[ ] 時々むせる [ ] 常にむせる |
| 排　泄方　法 | [ ] 自立　　[ ] 見守り　　 [ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |  |
| [ ] トイレ　[ ] ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ昼　[ ] ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ夜　 [ ] おむつ |
| 入　浴 |  [ ] 自立　　[ ] 見守り　　 [ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |  |
| 移　乗移動（屋内） |  [ ] 自立　　[ ] 見守り　 　[ ] 一部介助　　[ ] 全介助 |  |
|  [ ] 独歩　　[ ] 杖　 　[ ] 歩行器　　　[ ] 車イス |
| 夜間睡眠 | [ ] 良好　　[ ] 不良　 　[ ] 眠剤の服用あり　 |  |
| 服 薬 | [ ] なし　[ ] あり→　[ ] 自己管理　[ ] 他者による管理（　　） |  |
| 認知障害 | [ ] なし　[ ] 認知力低下　[ ] 認知症（診断　　　　　） |  |
| 行動心理症状（BPSD） | [ ] なし　[ ] あり→　[ ] 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　　　　　 |  |

本人家族の思い等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー名:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　FAX：

＊退院が決まり次第、担当者へご連絡をお願いします。

富山老人保健福祉圏域地域ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ連絡協議会H30.12月作成