|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県中医療圏　退院調整ルール　標準様式 | （ワクチン接種項目有り）　 | 記入年月日 　　　　年　　　月　　　日 |
| **入院時情報提供シート** |
| 事業所名 | 　 | 担 当 者 名 | 　 |
| 電話番号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
|  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 |  [ ]  明　[ ]  昭 　　年　　月　　日[ ]  大　[ ]  平 　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳） | 性　別 | [ ] 男　　[ ] 女 |
| 氏　名 |  |
| 　緊急時連絡先（優先順位） |
| 1 2　3　 | 氏 　名 | 住　　 所 | 続 柄 | 電話番号 | 連絡がつきやすい時間帯 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現病歴 | 　 | 既往歴 | 　 |
| 家族構成図 | 住　環　境 | [ ]  一戸建　　[ ]  集合住宅　（　　 　階建て　　 　階）　　　エレベーター（ [ ] 有 　[ ] 無 ） |
| [ ]  住環境上の問題（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 本人（回男性　◎女性）主･･主介護者☆･･キーパーソン ○・・女性 □･･男性　  | 在宅主治医 | 医療機関名 | 　 | 主治医名 | 　 |
| ＴＥＬ | 　 | 　 |
| 医療機関名 | 　 | 主治医名 | 　 |
| ＴＥＬ | 　 | 　 |
| 要介護度 | [ ]  申請中　　　[ ]  区分変更中（　　 月　 　日） |
| 　　　　要支援　[ ]  １　　[ ]  ２　　　要介護　[ ]  １　　[ ]  ２　　[ ]  ３　　[ ]  ４　　[ ]  ５　 |
| 介護保険認定有効期間 | 　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| サービス利用状況 | [ ]  訪問介護（ 　 回/週） 　　 [ ]  訪問看護( 　 　 回/週） |
| [ ]  通所介護（ 　回/週） [ ]  訪問入浴（ 　回/週）  |
| [ ]  通所リハビリ（ 　 　/週） [ ] 訪問リハビリ（ 　 回/週） [ ] 短期入所（ 　 回/週） |
| [ ]  福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ]  その他（　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| ＡＤＬ等 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全　　介助 | 要支援は必要事項のみ記入 |
| 移動 | [ ]  | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 車いす ・ [ ] 杖使用 ・ [ ] 歩行器使用 ・ [ ] 装具、補助具使用 |
| 移乗 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 床からの立ち上がり（ [ ] 可 ・ [ ] 不可） |
| 口腔清潔 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 義歯 ： [ ] 無 ・ [ ] 有 （ [ ] 上 ・ [ ] 下 ）　　 部分入歯 ： [ ] 無 ・ [ ] 有 （部位　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | [ ]  　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　　 | [ ] 普通食　・　[ ] 治療食　（ 　　　　　　Kcal）　 [ ] 糖尿病食 　[ ] 高血圧食　 [ ] 腎臓病食　　[ ] 経管栄養　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 主食　： [ ] 米飯　・ [ ] 粥 （ [ ] 全 ・ [ ] 五分）　・ [ ] ミキサー（平均摂取量　　 割程度） |
| 副食　： [ ] 通常 ・ [ ]  一口大 ・ [ ] 刻み ・ [ ] 極小刻み ・ [ ] ミキサー（ とろみ付 ： [ ] 無 ・ [ ] 有 ）　　　（平均摂取量　　 割程度） |
| 水分摂取 ： （1日　　　　ｍｌ）　　 制限 ： [ ] 無 ・ [ ] 有（１日　　　　ｍｌ）　 ・ とろみ剤使用 ： [ ] 無 ・ [ ] 有嚥下障害 ： [ ] 無 ・ [ ] 有 |
| 更衣 | [ ]  | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 　 |
| 入浴 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 浴室の有無 ： [ ] 有 ・ [ ] 無 入浴制限 ： [ ] 無 ・ [ ] 有（ [ ] シャワー浴 ・ [ ] 清拭 ・ [ ] その他（　 　　　　　 　　　 　　　　）） |
| 排泄 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 場所 ： [ ] トイレ ・ [ ] ポータブル ・ [ ] 尿器 ・ [ ] オムツ |
| 療養上の問題服薬管理 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 |  |
| 療養上の問題 |  [ ] 無　　・　　[ ] 有　([ ] 幻視 ・ [ ] 幻聴 ・ [ ] 興奮 ・ [ ] 不穏 ・ [ ] 妄想 ・ [ ] 暴力 ・ [ ] 介護への抵抗 ・ [ ] 昼夜逆転 [ ] 不眠 ・ [ ] 徘徊 ・ [ ] 不潔行為 ・ [ ] 危険行為 ・ [ ] 意思疎通困難 ・ [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
| 認知症の症状（ [ ] 無 ・ [ ] 有 ）　 うつ傾向（ [ ] 無 ・ [ ] 有 ）　 聴覚障害（ [ ] 無 ・ [ ] 有 ）　 視覚障害（ [ ] 無 ・ [ ] 有 ） |
| 医療処置 |  [ ] 無　　・　　[ ] 有　　①内容 ： [ ] バルンカテーテル ・ [ ] ストマ ・ [ ] インスリン ・ [ ] 喀痰吸引 ・ [ ] 胃ろう ・ [ ] じょくそう[ ] 気管切開 ・ [ ] 在宅酸素 ・ [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| 　　　　　　　　　 　 ②方法（誰が行う） ： [ ] 本人 ・ [ ] 訪問看護 ・ [ ] 家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況 | [ ] 年金 ・ [ ] 生活保護 ・ [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 |
| 金銭管理 ： [ ] 本人 ・ [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |
| 世帯構成 | [ ] 独居 ・ [ ] 高齢者夫婦世帯 ・ [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　／ キーパーソン（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護力 | [ ] 介護力が見込める（ [ ] 十分 ・ [ ] 一部 ）　　　[ ] 介護力は見込めない　　　[ ] 家族や支援者はいない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 主介護者（　　　　　　　　　　　）　 主介護者以外の支援者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 介護の指導（ [ ] 無 ・ [ ] 有 ）　 理解の状況 ： [ ] 十分 ・ [ ] 不十分：問題( ) |
| 新型コロナワクチン接種 | 　[ ] 接種有（　　　　　回）　　　　　　　 [ ] 接種無 |
| インフルエンザワクチン接種 | 　[ ] 接種有（　[ ] Ａ型　　　[ ] Ｂ型 ）　 [ ] 接種無 |
| 連絡事項等（日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思いなど） |

**この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。**