

# 入院時情報提供シート 【急性期用 記入例】

〇〇〇 病院 様 (FAX 222 - 1111 )

氏名	ふりがな 〇〇 △△		生年月日	明・大・ <b>昭</b> 10年 1月 1日	年齢	82歳	性別	男・ <b>女</b>		
住所	広島市佐伯区〇〇 △丁目××			電話	082-×××-××××					
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号					
	〇〇 □□	広島市佐伯区〇〇 △丁目		長男	082-×××-××××					
	〇〇 ××	広島市安佐南区〇〇 □丁目		長女	082-×××-××××					
家族構成図			病歴(年月日)			医療機関・診療科				
<small>主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性</small> 			慢性腎炎 (平成〇〇年 〇月〇〇日)			〇〇病院(腎臓内科)				
			脊柱管狭窄症(平成〇〇年 〇月〇〇日)			××整形外科クリニック				
			アレルギー <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ( )			酒・タバコ: <input type="checkbox"/> 有( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無				
			かかりつけ歯科	〇〇歯科クリニック Tel 082-×××-××××		かかりつけ薬局	△△薬局 薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Tel 082-×××-××××			
			保険等情報	<input checked="" type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他( ) 要介護認定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input checked="" type="checkbox"/> 区分(要介護2) 障害自立度(A2) 認知症自立度(IIa)						
家族との関係性・介護力等	家族の関係: <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (長男・長女もよく自宅に顔を出してくれる。家族関係もよく、協力的である。) 介護力: <input checked="" type="checkbox"/> 協力者がいる <input type="checkbox"/> 協力者がいない (夫(要支援2)も高齢であり介護者の負担は大きい。長男夫婦は近所に住んでおり介護に協力的。)									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(一部介助は具体的な内容を記入・要支援者は必要事項のみ記入)					
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 (左膝が痛く、ふらつきがある。)					
口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (上下とも入れ歯だが、手入れは自分で行える。)					
食事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 食べれない物( ) むせ: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (減塩6g)					
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ (足先、背中では介助が必要)				
排泄	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (常時リハビリパンツ使用)					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内服時注意事項 (飲み忘れがあるため、声掛けを行い手渡し確認している。)					
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒歴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input checked="" type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他( )									
夜間の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠薬使用有 (薬剤名 マイスリー5mg) <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他( )									
住環境				介護保険等サービス利用状況						
<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建(2階建) <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建 階/エレベーター有・無)				<input checked="" type="checkbox"/> 訪問(看護・リハ・ <b>介護</b> 2/w) 事業所名・連絡先(△△訪問介護 ×××-××××) <input type="checkbox"/> 訪問(看護・リハ・介護) 事業所名・連絡先( ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所(介護・ <b>リハ</b> 3/w) 事業所名・連絡先(デイケア△△ ×××-××××) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具(歩行器、特殊寝台・付属品) 住改(あり)・なし <input checked="" type="checkbox"/> その他(配食サービス5回/w【夕食】)						
連絡事項・その他 平成12年に脳梗塞発症。軽度の麻痺があるが、リハビリにも意欲的に取り組まれてきた。家事などできることは自分で行なおうと責任感の強い方である。人当たりもよく社会的な正確。左耳が聞こえにくく、右側から話しかけた方が聞こえる。白内障も手術済み。										

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	電話番号	082-×××-××××
担当者名	□□ △△	FAX番号	082-×××-×××〇

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。

退院時の連絡希望の有無: 有 (連絡先: □□ △△ 会社携帯 ×××-××××-××××) 無

書類を受け取った日: 平成 年 月 日 担当( )