大館市情報共有ツール　様式③

2018年6月改（２版）

**入院時情報提供書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 居宅介護支援事業所 | |
| 医療機関名：  ご担当者名： | 事業所名：  ケアマネジャー氏名： | |
| TEL： | FAX： |

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

１．利用者（患者）基本情報について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | （フリガナ） | | | 年齢 | | 才 | 性別 | 男　　　女 |
|  | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | |  | | |
| 住環境  ※可能ならば「写真」などを貼付 | | 住居の種類（戸建て・集合住宅）　　　　　建て　　居室　　　　階　　エレベーター（有・無） | | | | | | |
| 特記事項： | | | | | | |
| 入院時の要介護度 | | □事業対象者　　□要支援（　　）　　□要介護（　　）　有効期間：　年　月　日～　年　月　日 | | | | | | |
| 障がい高齢者の日常生活自立度 | | □自立　　□J1　　□J2　　□A1　　□A2　　□B1　　□B2　　□C1　　□C2 | | | | | □医師の判断  □ケアマネジャーの判断 | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | □自立　　□Ⅰ　　□Ⅱa　　□Ⅱb　　□Ⅲa　　□Ⅲb　　□Ⅳ　　□M | | | | |
| 介護保険の自己負担割合 | | □＿＿割　　　□不明 | 障がいなど認定 | | □なし　　□あり（身体・精神・知的） | | | |
| 年金などの種類 | | □国民年金　　□厚生年金　　□障害年金　　□生活保護　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

２．家族構成／連絡先について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成 | □独居　　□高齢者世帯　　□子と同居　　□その他（　　　　　　　　　　　　）　　\*□日中独居 | | | | |
| 主介護者氏名 | （続柄　　　：　　才） | （同居・別居） | | TEL |  |
| キーパーソン | （続柄　　　：　　才） | 連絡先 |  | TEL |  |

３．本人／家族の意向について

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の趣味・興味・  関心領域等 |  |
| 本人の生活歴 |  |
| 入院前の本人の  生活に対する意向 | □同封の居宅サービス計画（１）参照 |
| 入院前の家族の  生活に対する意向 | □同封の居宅サービス計画（１）参照 |

４．入院前の介護サービスの利用状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 入院前の介護サービスの利用状況 | 同封の書類をご確認ください。  □居宅サービス計画書１．２．３表　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

５．今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅生活に  必要な条件 |  |
| 退院後の世帯状況 | □独居　　□高齢世帯　　□子と同居（家族構成員数　　　名）\*□日中独居 |
| 世帯に対する配慮 | □不要  □必要（　　） |
| 退院後の主介護者 | □本シート２に同じ　　□左記以外（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　年齢　　　　才） |
| 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 |
| 家族や同居者による虐待の疑い\* | □なし  □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |

６．カンファレンスについて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加 | □希望あり | |
| 「退院前カンファレンス」への参加 | □希望あり | ・具体的な要望（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行 | □希望あり | |

７．身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻痺の状況 | | | なし | 軽度 | | | 中度 | | 重度 | | | | 褥瘡の有無 | | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ＡＤＬ | 移動 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | | 移動（室内） | | □杖　　□歩行器　　□車いす　　□その他 | | | | |
| 移乗 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | | 移動（屋外） | | □杖　　□歩行器　　□車いす　　□その他 | | | | |
| 更衣 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | | 起居動作 | | 自立 | 見守り | 一部介助 | | 全介助 |
| 整容 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | |  | | | | | | |
| 入浴 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | |
| 食事 | | 自立 | 見守り | | | 一部介助 | | 全介助 | | | |
| 食事内容 | 食事回数 | | （　　）回／日（朝　　時頃　・昼　　時ころ・夜　　時頃） | | | | | | | | | | | | 食事制限 | □あり（　　）　□なし　□不明 | | | |
| 食事形態 | | □普通　　□きざみ　　□嚥下障害食　　□ミキサー | | | | | | | | | | | | ＵＤＦ等の食形態区分 | | |  | |
| 摂取方法 | | □経口　　□経管栄養 | | | | | | | 水分とろみ | | | □なし　　□あり | | 水分制限 | □あり（　　）　□なし　□不明 | | | |
| 口腔 | 嚥下機能 | | むせない | | | 時々むせる | | | | | 常にむせる | | | 義歯 | | □なし　　□あり（部分・総） | | | |
| 口腔清潔 | | 良 | | | 不良 | | | | | 著しく不良 | | | 口臭 | | □なし　　□あり | | | |
| 排泄\* | 排尿 | | 自立 | | 見守り | | | 一部介助 | | | | 全介助 | | ポータブルトイレ | | □なし　　□夜間　　□常時 | | | |
| 排便 | | 自立 | | 見守り | | | 一部介助 | | | | 全介助 | | オムツ／パッド | | □なし　　□夜間　　□常時 | | | |
| 睡眠の状態 | | | 良 | | 不良（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | 眠剤の使用 | | □なし　　□あり | |  | | |
| 喫煙 | | | 無 | | 有　　　　本くらい／日 | | | | | | | | 飲酒 | 無 | | 有　　　　合くらい／日あたり | | | |
| コミュニケーション能力 | | 視力 | 問題なし | | | やや難あり | | | | | 困難 | | | 眼鏡 | | □なし　　□あり（　　　　　　　　） | | | |
| 聴力 | 問題なし | | | やや難あり | | | | | 困難 | | | 補聴器 | | □なし　　□あり | | | |
| 言語 | 問題なし | | | やや難あり | | | | | 困難 | | | コミュニケーションに関する特記事項： | | | | | |
| 意思疎通 | 問題なし | | | やや難あり | | | | | 困難 | | |
| 精神面における  療養上の問題 | | | □なし  □幻視・幻聴　　□興奮　　□焦燥・不穏　　□妄想　　□暴力／攻撃性　　□介護への抵抗　　□不眠  □昼夜逆転　　□徘徊　　□危険行為　　□不潔行為　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患歴\* | | | □なし  □悪性腫瘍　　□認知症　　□急性呼吸器感染症　　□脳血管障害　　□骨折  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院歴-\* | 最近半年間での入院 | | □なし　　　□あり（理由：　　期間：Ｈ　　年　　月　　日～Ｈ　　年　　月　　日）  □不明 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院頻度 | | □頻度は高い／繰り返している　　□頻度は低いが、これまでにもある　　□今回が初めて | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院前に実施している医療処置\* | | | □なし  □点滴　　□酸素療法　　□喀痰吸引　　□気管切開　　□胃ろう　　□経鼻栄養　　□経腸栄養　　□褥瘡  □尿道カテーテル　　□尿路ストーマ　　□消化管ストーマ　　□痛みコントロール　　□排便コントロール  □自己注射（　　）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

８．お薬について　　　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内服薬 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　） | | 居宅療養管理指導 | □なし　　□あり（職種：　　　　　　） |
| 薬剤管理 | □自己管理　　□他者による管理（・管理者：　　　　　　　　　　　　・管理方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 服薬状況 | □処方通り服用　　□時々飲み忘れ　　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　　□服薬拒否 | | | |
| お薬に関する、特記事項 | |  | | |

９．かかりつけ医について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 医師名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 診察方法・頻度 | □通院　　□訪問診療  ・頻度＝（　　）回／月 |