

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

記入日： 年 月 日 添付資料： ☐ あり ☐ なし

事業所名		担当者名		連絡先	
------	--	------	--	-----	--

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名			住所		
生年月日	年	月		日(歳)	
障害名・疾患名					
現病歴・既往歴					
医療的ケア	☐ なし ☐ あり→内容:()				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	☐ なし ☐ 身体()級、内容: ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 肢体 ☐ 内部 ☐ その他 ☐ 申請中 ☐ 療育() ☐ 精神()級			障害支援 区分	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり→区分()

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください										
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望										
① <u>身体</u> の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施										
A D L	起居動作	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
	歩行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	更衣・整容	☐ 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	※食事形態:	☐ 普通	☐ 嚥下食	☐ 経管栄養	☐ その他
	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	※排泄方法:	☐ トイレ	☐ ポータブル	☐ オムツ・パット	☐ その他
② <u>コミュニケーション</u> で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す										
	視力	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難	聴力	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難		
	言語	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難	意思伝達	☐ 問題なし	☐ やや難あり	☐ 困難		
③ <u>行動特性等</u> で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く										
④ <u>その他</u> ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載										
退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください										
☐ あり(以下に具体的な内容を記載) ☐ あり(添付資料を参照) ☐ なし ☐ 本人・家族からの聴取を希望										
退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望					☐ 参加を希望する					

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		☐ あり(以下を記載)		☐ なし						
特別なコミュニケーション支援が必要な理由										
訪問の可能性がある事業所	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	:	~	:
訪問可能な時間帯		☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜間 ☐ 終日 →訪問可能な時間帯(: ~ :)								
重度訪問介護従業者による支援内容										

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況							☐ 添付資料を参照		☐ 本人・家族からの聴取を希望	
世帯構成		☐ 単身 ☐ 夫婦のみ ☐ その他→世帯構成を記載:(								
生活の場所		☐ 自宅 ☐ グループホーム ☐ 施設 ☐ その他(								
キーパーソン		氏名			続柄		連絡先			
家族・世帯支援の 必要性、調整にあつ ての留意事項等										

②生活の状況						
☐ 添付資料を参照 ☐ 本人・家族からの聴取を希望						
利用中のサービス	☐ なし ☐ 障害福祉サービス・障害児支援 ☐ 介護保険サービス ☐ その他					
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況						
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等						

③受診・服薬の状況										☐ 添付資料を参照										☐ 本人・家族からの聴取を希望																																																	
かかりつけ医(現在受診中の医療機関)															☐ なし										☐ あり																																												
医療機関名										診療科										連絡先										受診頻度					回／					☐ 外来					☐ 訪問																								
医療機関名										診療科										連絡先										受診頻度					回／					☐ 外来					☐ 訪問																								
医療機関名										診療科										連絡先										受診頻度					回／					☐ 外来					☐ 訪問																								
服薬状況															服薬の有無					☐ なし					☐ あり					服薬管理					☐ 本人					☐ 家族					☐ その他()																								
															薬の名称																																																						
															留意点・服薬介助のポイント																																																						
アレルギー															☐ なし					☐ あり→内容:()																																																	