様式C

情報提供日　　年　　月　　日

病院・診療所
医院・クリニック

先生　御侍史

居宅介護支援事業所

住所

電話番号
FAX番号
介護支援専門員

こころの情報提供書

利用者氏名	様	性別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S　　年　　月　　日		
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　申請中			生活形態	独居・家族同居・その他(　　)		
相談の目的	□薬の相談　□疾患の説明　□生活上の助言 □介護者の関わり方　□介護保険申請　□介護認定区分変更申請 □専門医への紹介　□その他						
他科の診断・治療歴	(　　科) 診断名(　　)　服薬(有 ・ 無) 薬の詳細:						
本人の生活や性格	生活環境の変化(有・無):				仕事や得意なこと:		
	性格の変化(有・無):						
本人の最近の様子で、気になることや行動 (・睡眠 ・食事 ・排泄 ・服薬 ・歩行状態 ・入浴 ・金銭管理 ・買い物 ・その他)							

ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡を頂けますようお願いいたします。
尚、個人情報の取り扱いについては　　年　　月　　日の契約時に、個人情報 の利用に関する同意書の上で、同意を得ております。

東住吉区在宅医療連絡会

様式C

病院・診療所　　情報提供日　　年　　月　　日

医師　　介護支援事業所

先生　御侍史　　住所

電話番号

FAX番号

介護支援専門員

記入時の注意事項

この用紙は、受診前に主治医に手渡し・郵送により、物忘れについての情報を伝えるために使ってください。事前に渡すことにより、本人の前では伝えにくい内容を情報提供できます。相談の目的を詳細に主治医に伝えておきましょう。

こころの情報提供書

利用者氏名	東住吉　花子　様	性別	男・(女)	生年月日	M・(T)・S　8年　12月　30日		
要介護度	要支援 1・2　要介護 1・2・(3)・4・5　申請中			生活形態	(独居)・家族同居・その他(　　)		
相談の目的	■薬の相談　□疾患の説明　■生活上の助言 □介護者の関わり方　□介護保険申請　□介護認定区分変更申請 □専門医への紹介　□その他						
他科の診断・治療歴	(　整形外　科)　診断名(　大腿骨頚部骨折　)　服薬(有・無) 薬の詳細：ロキソニン朝昼夕食後						
本人の生活や性格	生活環境の変化(有)・無)：骨折後に入院（3週間）　仕事や得意なこと：入院前は地域の老人会の集まりには積極的に参加していた。 性格の変化(有)・無)：退院後は、涙もろく引きこもりがちになった。						

本人の最近の様子で、気になることや行動
(・睡眠　・食事　・排泄　・服薬　・歩行状態　・入浴　・金銭管理　・買い物　・その他)

(利用方法)
・本人家族にとって、気になる事柄から、番号をつけて記入してください。

・本人の状況で医療側に分かってほしい内容を記入します。

・上記の（服薬・睡眠・食事・・・）はＩＡＤＬです。これらに困難が生じ、日常生活に支障が出ることを医師に理解していただきましょう。そのために、サービス（介護保険等）を利用する必要があることを伝えましょう。

・医療側にお願いしたいことを記入しましょう。

(例文)
1．服薬・・・一人では飲み忘れることがあるため、訪問介護サービス利用時に確認しています。しかし、ヘルパーが訪問しない、朝・夕は服薬できていません。

2．睡眠・・・昼間、うとうとすることが目立ってきました。（夜間熟睡できていないのでは？）
3．その他・・・夜中に親戚、サービス事業所に、「さみしい、いつ来てくれる？」と電話をかけてきます。

1・2・3の事柄により、薬の相談、生活上の助言をいただきたいと思います。

ご不明な点やご意見などがございましたら、担当ケアマネジャーまでご連絡を頂けますようお願いいたします。

尚、個人情報の取り扱いについては　　年　　月　　日の契約時に、個人情報の利用に関する同意書の上で、同意を得ております。

東住吉区在宅医療連絡会

様式D

入院時　情報提供シート

年　月　日 作成

【提出病院】		【記載機関】
病院名	⇦	機関名
担当者		担当者
住所		住所
TEL		TEL

日頃より大変お世話になっております。このたび貴病院に入院されましたので、情報提供をいたします。
退院の目途がたちましたら、連絡をお願いします。また必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。
尚、個人情報の取り扱いについては、事業所契約時に、個人情報利用に関する同意を得ています。

利用者氏名		男　女	（M／T／S ／H　　年　　月　　日　　歳）
在宅医療機関	（ 通院 ・ 往診 ）		【家族構成】
	主治医:		
キーパーソン	（ 続柄: ）		
緊急連絡先	（ 様宛）		

介護保険	（要支援（１・２） 要介護（1・2・3・4・5） 認定期間（ ～ ） 申請中 / 区変中				
	・障がい日常生活自立度 （ J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2 ）				
	・認知症日常生活自立度 （ 自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ⅴ ）				
障がい者手帳	・身体 （部位 ）・知的　・精神		第　種　級　区分（ ）		
生活障がい	視　力	・無　・有（ ）	言　語	・無　・有（ ）	
	聴　力	・無　・有（ ）	認　知	・無　・有（ ）	
サービス利用状況	・なし　・訪問看護（ 週　回 ）　・デイサービス/デイケア （週　回）　・訪問介護（ 回/ ）				
	・訪問入浴（ 回/ ）　・訪問リハ（週　回）　・その他（ ）				
現在の医療処置	□人工呼吸　□気管切開　□中心静脈栄養　□経管栄養　□胃・腸ろう　□在宅酸素　□自己導尿				
	□褥瘡処置　□ストーマ　□インスリン（自己・他者）　□鎮痛・鎮静剤　□留置カテーテル（部位 ）				
	□ドレーン挿入（部位 ）　□その他（ ）				
日常生活動作	食　事	・自立　・見守り　・一部介助　・全介助	ム　セ	・無　・有（ ）	
		・常食　・軟菜　・ペースト　・きざみ　・経管栄養　・胃ろう（ 固形 ・ 半固形 ・液体 ） ・配食サービス　・その他（ ）			
	排　泄	・自立　・見守り　・一部介助　・全介助	失　禁	・無　・有（ ）	
		・トイレ　・ポータブル　・尿器　・オムツ　・導尿　・留置カテーテル　・ストマ			
	入　浴	・自立　・見守り　・一部介助　・全介助			
		・入浴　・シャワー　・特殊浴槽　・清拭　・訪問入浴　・銭湯			
	口腔ケア	・自立　・見守り　・一部介助　・全介助	義　歯	・無　・有（ ）	

日常生活動作	移　動	・自立　・見守り　・一部介助　・全介助		
		・独歩　・杖歩行　・伝い歩き　・歩行器　・車いす　・その他（　　）		
	薬の管理	・自立　・要確認　・1日渡し　・1回渡し　・（　　）日分セット		
	買い物	・可能　・代行者あり　・不可	金銭管理	・可能　・代行者あり　・不可
	調　理	・本人　・家人　・第三者	外部との連絡	・可能　・代行者あり　・不可
	嗜　好	・タバコ（　本 /日 ）　・酒類 （　合/ 日 ・ 週 ）　・その他（　　）		
家屋状況	住　居	・一戸建て（　階）　・集合住宅（　階　エレベーター　・無　・有 ）		
	段　差	・無　・有（ 玄関　・トイレ　・風呂場　・部屋間 ）		
	トイレ	・和式 ・洋式 ・半洋式（段上にある和式）	手すり	・無　・有（　　）
	風　呂	・無 ・有（据え置き ・埋め込み ・半埋め込み）	手すり	・無　・有（　　）
	寝　室	・無　・有（　階 その他　　）	寝　具	・ベッド　・布団
経済状況	仕　事	① 本人 ： 無 ・ 有（　　）　②家族 ：　無 ・ 有（　　）		
	年　金	・無　・有（国民 ・厚生 ・労災）　・生保（　　）・その他収入源（　　）		

【その他情報記入欄】入院にあたり、伝えておきたい情報を記載してください。
（記載例：入院までの経過、介護者の注意が必要な認知症の言動、主介護者との関係性、在宅での過ごし方、
在宅でのリハビリ テーションの内容、退院後の本人や家族の意向、など必要に応じて記載してください）

東住吉区在宅医療連絡会

「入院時　情報提供シート」届け先窓口

区内病院	住　　所	届　出　窓　口	
		持参窓口	その他 FAX など
（医）淀井病院	〒５４６－００４１ 東住吉区桑津２－８－８ TEL:０６－６７１９－０７７１	受付（１階）	FAX:０６－６７１９－５７５８（代表） 送付先「相談員」
（特医）白鷺病院	〒５４６－０００２ 東住吉区杭全７－１１－２３ TEL:０６－６７１４－１６６１	医療福祉相談室（１階） 月～土（９：００～１７：００）	TEL:０６－６７１４－６１２３ （直通：関係機関・事業者用） FAX:０６－６７１９－６１６９ 送付先「医療福祉相談室」
（医）西中医学会 西中病院	〒５４６－００１３ 東住吉区湯里５－９－６ TEL:０６－６７００－５２００	受付（１階）	TEL:０６－６７００－３０６６（直通） FAX:０６－６７００－３０６７（直通） 送付先「医療介護連携室」
（医）橘会 東住吉森本病院	〒５４６－００１４ 東住吉区鷹合３－２－６６ TEL:０６－６６０６－００１０	病院案内窓口（１階）	TEL：０６－６６０６－０７８１(直通) FAX：０６－６６０６－０１００(直通) 送付先：「医療相談室」
（医）橘会 東住吉森本リハビリテーション病院	〒５４６－００２２ 東住吉区住道矢田４－２１－１０ TEL:０６－６７０１－２１２１	受付（１階） 相談員に渡してくださいとお伝えください。	FAX:０６－６７０１－２５０１ 送付先「相談員」
（社福）愛徳福祉会 南大阪小児リハビリテーション病院	〒５４６－００３５ 東住吉区山坂５－１１－２１ TEL:０６－６６９９－８７３１	医療相談室（１階）	FAX:０６－６６９９－８７３４（直通）