

病院

御中

事業所名

住 所

電 話：06- -

Fax：06- -

担当介護支援専門員

### 入院時情報連携シート

平素は大変お世話になり誠にありがとうございます。

令和 年 月 日に入院されました次の方の入院に際し、在宅での情報をお知らせいたします。

なお、退院の見通しがたちましたら、その旨、必ずお知らせいただきますようお願いいたします。

また、退院に際し、看護サマリーをお送りいただきますようお願いいたします。

ご本人		緊急連絡先	
氏名(カナ)	様	氏名(カナ)	様
生年月日	選択して下さい 年 月 日	住所	続柄( )
住所		連絡先 (携帯電話)	
要介護度	要支援	医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )
	要介護	手帳	<input type="checkbox"/> 身障手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 種 級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 級
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無	先生 (医療機関)	(電 話)
	有⇒		
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可( )	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ( <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 )	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 食事形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養等 制限：加リ= Kcal/day 塩分= g/day	
認知症	中核症状	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
		認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断能力
	伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求のみ <input type="checkbox"/> 伝えられない	
周辺症状	(なし・あり)	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行為( )	
医療・介護サービス	訪問診療	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	住環境等
	訪問介護	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	
	訪問看護	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	
	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	
	通所介護	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	
	通所リハビリ	<input type="checkbox"/> なし ( ) 回/週	
	福祉用具		
生活状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 独居		家族構成(家系図等)
家族の状況	介護者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (主な介護者名 . 回/週)		
介護力	介護状況 ( 週 日 )		
その他	金銭管理 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ( )		

※このシートの個人情報については、ご本人およびご家族に同意を得ています。