

# 入院時情報提供書

(居宅介護支援事業所→病院・診療所)

作成日 年 月 日

病院・医院 先生

被保険者番号

以下の情報は利用者本人及び家族の同意に基づき、提供しています。

フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	M T S 年 月 日 ( 歳)
住所	射水市	自宅電話番号	( ) -		
フリガナ 家族氏名		続柄		同居の有無	同居 別居
住所		電話番号	( ) -		
世帯状況	独居 高齢者夫婦 日中独居 その他( )	住環境等	一戸建て 集合住宅( 階) 階段等の有無(有・無)		
生活状況 家族状況					

## 介護保険等情報(サービス利用状況)

要介護度		(有効期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
サービス 利用状況	訪問介護	週 回	通所リハ 週 回
	訪問看護	週 回	福祉用具貸与 週 回
	通所介護	週 回	その他 週 回
障害等認定	身障( 種 級 ) 精神( )級 療育( ) 難病(疾患名 )		

## 身体・精神状況 ( 年 月頃の状況)

特記事項

障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M							
食事	食事	自立	見守り等	一部介助	全介助			
	形態	主= 常食・粥・ミキサー等 副= 常食・軟菜・きざみ食・ミキサー食						
	食器用具	はし	スプーン	エプロン	その他			
排泄	排尿	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
	排便	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
	失禁	有	ときどき	まれにあり	なし			
	方法	トイレ・Pトイレ・おむつ(紙おむつ、パンツ型、パット)・カテーテル等						
着脱	上着の着脱	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
	ズボン・パンツ着脱	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
清潔	入浴	一般浴(自立・見守り・洗身介助)			椅子浴	機械浴		
	保清	洗顔・歯磨き(自立 一部介助 全介助)			義歯( 有 無 )			
移動	歩行	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
	移乗	自立	見守り等(介護者の指示含む)	一部介助	全介助			
	方法	独歩	杖	シルバーカー	歩行器	車いす	その他	
社会	聴力	普通	やや難聴	難聴( 補聴器:有・無 )				
	視力	普通	やや見えない	殆ど見えない	見えているかどうか不明			

## 認知症の症状・その他

--	--

## 退院に向けてのお願い

- 1) 退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。
- 2) 必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します。

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	