

参考様式1 (平成28年度沖縄県入退院支援連携デザイン事業)

入院時情報共有シート (介護支援専門員 ⇒ 医療機関)

医療機関名 担当者 様

作成日:平成 年 月 日

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供します。
退院が決まり次第、ご連絡ください。必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
----	--	------	-------------	----	---	----	-----

緊急時連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		かかりつけ医	医療機関名() Tel: ()				
		既往歴					
		介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				
			<input type="checkbox"/> 負担割合 割 <input type="checkbox"/> 生保(担当者)				
		障がい日常生活自立度	<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				
		認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
		障がい等の認定	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)				

本人・家族の生活に対する意向

総合的な援助方針

IADL	できる	不完全	できない	家族	サービス	介護保険サービス・その他のサービス等利用状況
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:)
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> 模合 <input type="checkbox"/> その他
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
コンプライアンス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	入院前の状況(特記あれば記入)	家族	サービス
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> アチビー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()						
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()						

連絡事項・その他(在宅での生活の様子・療養上の課題・認知機能・経済状況・家族関係など必要と思うことを記載)