

(様式1)入院時情報連絡票 【在宅 → 医療機関】

(提供日) 平成 年 月 日

(入院日) 平成 年 月 日

フリガナ		性別		生年月日		歳		
氏名		様 男・女		明・大・昭 年 月 日				
緊急時 主な介護者 キーパーソン	フリガナ	続柄	同居・別居		家族構成			
	氏名	様	TEL ( )					
	フリガナ	続柄	同居・別居					
	氏名	様	TEL ( )					
	フリガナ	続柄	同居・別居					
	氏名	様	TEL ( )					
本人の状態	要介護度	なし・申請中・要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)		障がい等の認定	なし 身障( )療育( ) 難病( )精神( )			
	障がい高齢者日常生活自立度	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
	視力障害	有・無	聴力障害	有・無	麻痺の有無	有・無		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助				現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他					利用しているサービス名	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ						
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 入居施設申込	
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助		衣服の着脱			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助	
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助						
	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不穏		意思の伝達		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	病識等	病気の理解(有・無)		内服の必要性の理解		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 怠薬 <input type="checkbox"/> 断薬		
住環境	一戸建て・集合住宅 階 エレベーター(有・無)							
本人・家族の意向、入院に関する留意点								
退院調整・支援の必要性 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )								
退院調整時の要望事項								
かかりつけ医								
医療機関名			主治医名					
住 所			電話番号					
居宅介護支援事業所								
事業所名			介護支援専門員					
所在地			TEL( )		-			
			FAX( )		-			