

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 00年 00月 01日
 入院日： 00年 00月 01日
 情報提供日： 00年 00月 01日

詳細については、来院（来所）、お電話等にてご連絡いたします。

医療機関名：A病院
 ご担当者名：a相談員様



事業所名：ケアプラン・ウェルファーム
 ケアマネジャー氏名：荻窪 太郎
 TEL：00-0000-0000 FAX：00-0000-0000

利用者(患者)/家族の同意に基づき、_0_0_年_0_0_月_0_0_日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ) 杉並 花子 (スギナミ ハナコ)	生年月日	西暦	1940年	11月	10日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) 有効期間：令和7年 9月 1日 ~ 令和8年 8月 31日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害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 checked="" 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"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)			
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
主介護者氏名	杉並 杉太郎 (続柄 夫・83才)	(同居) 別居	電話番号	××-××××-××××		
意思決定支援者(代諾者)	千代田 並代 (続柄 長女・54才)	(同居) 別居	電話番号	××-△△△△-△△△△		

3. 意思疎通について

視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input checked="" type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
摂食嚥下機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)		
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()		
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
特記事項					

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者：夫 管理方法：通所用バック内に保管 ⇒ 通所先へ持参)				
服薬介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：)	<input type="checkbox"/> 全介助			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
薬剤アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	B診療所	かかりつけ医療機関2	C診療所		
医師名	b医師	医師名	c医師		
かかりつけ医療機関3		かかりつけ歯科医療機関	D歯科クリニック		
医師名		歯科医師名	d歯科医師		
かかりつけ薬局	E薬局	訪問看護ステーション	F訪問看護ステーション		

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper limb	<input type="checkbox"/> 左 upper limb	<input type="checkbox"/> 右 lower limb	<input type="checkbox"/> 左 lower limb	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等: てん肆に叁末)			
褥瘡等への対応	<input checked="" type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性: 日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input checked="" type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識: 現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input checked="" type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶: 身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input checked="" type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力: テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input checked="" type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (頻度: <input type="checkbox"/> 0回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由: 尿路感染症) 期間: 令和 6年 11月 10日 ~ 令和 6年 12月 4日								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () ペット飼育の有無: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 特記事項:								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅) _____階建て。 居室 _____階。 エレベーター (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項:								
在宅生活に必要な要件	介護者が必要								
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (夫の体調)								
退院後の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部)				<input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部)				
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2と同じ				<input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名: _____ 続柄: _____ 年齢: _____)				
家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
特記事項									

11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 (開催5日前までに連絡いただきたい。)								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								