

入院時情報提供シート

事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	

ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所						電話番号				

緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄	電話番号

主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	家族構成図	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <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	
	在宅主治医	医療機関名( ) TEL: ( )		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 要介護		
	経済状況(金銭管理の状況)			
	障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) 手帳 等級 <input type="checkbox"/> 無		
	関係機関			
	サービス利用状況			
<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) <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) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )				

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
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
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯( <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)
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)
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: <input type="checkbox"/> とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *禁止食品があるか 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"/> とりみ付)
更 衣	<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
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 (パット 紙パンツ フラット)
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* 自分でできるか、できなければ誰が管理しているか。服薬ケースや服薬カレンダーがあるか。
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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(*在宅酸素、ペースメーカー)
麻 痺	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無			
聴力障害	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無			
視力障害	<input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無			

興味・関心のあること

既往歴(入院歴・通院歴)

連絡事項・その他 \*アレルギー \*日中の状態(日中独居など)