

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書（福岡圏域版）

医療機関

居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名

TEL：

FAX：

利用者（患者）／家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

1. 利用者（患者）基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明 大 昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能な限り写真などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）. ____階建て. 居室 ____階. エレベーター（有・無） 特記事項（ ）					
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ）有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 申請中（申請日 / ） ☐ 区分変更（申請日 / ） ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2 ☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2				☐ 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M				☐ ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	☐ 認定済み ☒ 更新申請中 ☒ 変更申請中 ☒ 未申請 ☐ 割 ☐ 不明 ☐ 障害など認定 ☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）					
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） * ☐ 日中独居					
主介護者氏名	（続柄： 才）		（同居・別居）		TEL	
キーパーソン	（続柄： 才）		連絡先	TEL:	TEL	
生活上の問題点	☒ 生活環境： ☒ 家族背景： ☒ 問題行動： ☒ その他：					

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他（ ）
-----------------	--

5. 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）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） * ☐ 日中独居 ☐ その他
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 年齢）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	☐ なし ☐ あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの要望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり ・具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

☒ = 福岡圏域における追加項目

7. 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	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	☐ なし ☐ あり（ ）				
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	☐ 移動（室内）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	☐ 移動（屋外）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入 浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
食 事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食 事 内 容	食事回数	（ ）回／日（朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃）				食事制限	☐ あり（ ） ☐ なし ☐ 不明			
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				U D F等の食形態区分				
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ		☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり（ ） ☐ なし ☐ 不明		
口 腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯	☐ なし ☐ あり（ 部分・総 ）	
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭	☐ なし ☐ あり	
排 泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	☒ 尿意	☐ なし ☐ あり	ポータブルトイレ	☐ なし	☐ 夜間 ☐ 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	☒ 便意	☐ なし ☐ あり	オムツ／パッド	☐ なし	☐ 夜間 ☐ 常時
睡眠の状態		良	不良（ ）		眠剤の使用		☐ なし ☐ あり			
喫煙		無	有 本くらい／日		飲酒		無	有	合くらい／日あたり	
コ ミュ ニ ケー ション 能 力	視力	問題なし		やや難あり		困難		眼鏡	☐ なし ☐ あり（ ）	
	聴力	問題なし		やや難あり		困難		補聴器	☐ なし ☐ あり	
	言語	問題なし		やや難あり		困難		コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	問題なし		やや難あり		困難				
認 知	☒ 物忘れ	問題なし	軽度	中度	重度	認知に対する特記事項：				
	☒ 失見当	問題なし	軽度	中度	重度					
	☒ 問題行動	問題なし	軽度	中度	重度					
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力／攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）								
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他（ ）								
入 院 歴 *	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり（理由： 期間： H 年 月 日 ～ H 年 月 日） ☐ 不明								
	入院頻度	☐ 頻度は高い／繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでにもある ☐ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射（ ） ☐ その他（ ）								

8. 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	☐ なし ☐ あり（ ）	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり（職種： ）
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理（・管理者： ） ・管理方法： （ ）		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名			電話番号		
医師名	(フリガナ)		診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度 = （ ）回／月	
通院方法	付き添い	☐ なし 続柄： 移動方法 ☐ あり 氏名：	☐ 自家用車 （ ☐ 自分運転 ☐ 同乗 ） ☐ 乗り合いバス・タクシー ☐ タクシー ☐ 自転車 ☐ その他：		

* = 診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

☒ = 富岡圏域における追加項目