

隠岐の島町入退院連携ツール 入院時情報提供書

提供日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日

事業所名	ケアマネジャー名	☎
------	----------	---

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名		年 月 日	歳
住所	電話	自宅: -	携帯: -

連絡先(キーパーソン:★)	家族構成
氏名	続柄
電話番号	

介護認定情報	障がい等認定有無
☐ 介護認定:無 ☐ 介護認定:申請中 ☐ 介護認定:有	☐ 有 ☐ 無
介護度	認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

サービス利用状況	利用しているサービス	☐ 有 ☐ 無
----------	------------	---

在宅	種別	回数	事業所	種別	事業所	回数
訪問	☐ 訪問看護	週 回		☐ 訪問介護		週 回
通所	☐ デイサービス	週 回		☐ デイケア(ともいきの郷)		週 回
その他	☐ 短期入所					
	☐ 福祉用具レンタル	☐ 特殊寝台	☐ 手すり	☐ 歩行支援用具()		
	☐ 車いす	☐ 電動車椅子・シニアカー	☐ その他()			
	☐ 配食サービス	週 回				

小規模	
-----	--

現在治療中の病気	医療機関	主治医	既往歴	発病年齢	手術有無
			☐ 悪性腫瘍	歳頃	
			☐ 心疾患	歳頃	
			☐ 脳血管疾患	歳頃	
			☐ 呼吸器疾患	歳頃	
			☐ 骨折	歳頃	
			☐ その他()	歳頃	

通院手段	☐ 自家用車	☐ バス	☐ タクシー	☐ その他()
------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------

最近3か月の入院歴	☐ 無 ☐ 有 (月:医療機関)
-----------	--

内服薬の有無	薬の管理	管理方法	服薬状況
☐ 無			
☐ 有	()	()	

アレルギーの有無	☐ 無 ☐ 有: ☐ 薬剤() ☐ 食物() ☐ その他()
----------	--

コミュニケーション	住環境
視力 ()	生活の支障となる段差等
聴力 ()	☐ 無
意思疎通 ()	☐ 有
生活歴・職歴等	嗜好品
	飲酒 (合/日)
	喫煙 (本/日)

本人・家族の意向			
在宅生活についての意向		主治医からの説明内容	治療への希望
本人		本人	本人
家族		家族	家族
治療の説明を一緒に聞く人	自宅に向けて望むADL 本人： 家族：		生活上での大きな変化 ☐ 無 ☐ 有
相談にのってくれる人・助けてくれる人 ()		今回の入院で伝えておきたいこと	

身体・生活機能の状況						
麻痺 ☐ 無 ☐ 有 ()		褥瘡 ☐ 無 ☐ 有 ()		皮膚トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()		
睡眠		眠剤服用				
A D L	寝返り					
	起居					
	移動(室内)	☐ 手引き	☐ 杖	☐ シルバーカー	☐ 歩行器	☐ その他()
	移動(屋外)	☐ 手引き	☐ 杖	☐ シルバーカー	☐ 歩行器	☐ その他()
	移乗					
	更衣					
	入浴	☐ 一般浴	☐ シャワー浴	☐ 機械浴	☐ 清拭	
食 事	食事	食事制限 ()		水分制限 ()		
	食事回数	朝: 時頃 昼: 時頃 夕: 時頃		間食		
	食事形態	とろみ				
	摂取方法					
	嫌いな食べ物	()				
口 腔	嚥下機能	口腔内トラブル ()				
	自歯	義歯				
排 泄	排尿動作	排尿方法 日中	トイレ	排尿方法 夜間	P-トイレ 回数 / 日	
	排便動作	排便方法 日中		排便方法 夜間	回数 / 日	
	下剤服用					
I A D L	金銭管理	一部介助・全介助の場合の管理者 ()				
	買い物	一部介助・全介助の場合の支援者 ()				
	調理	一部介助・全介助の場合の支援者 ()				
	洗濯	一部介助・全介助の場合の支援者 ()				
	掃除	一部介助・全介助の場合の支援者 ()				
精神面における療 養上の問題	認知症	☐ 幻視・幻聴	☐ 興奮	☐ 焦燥・不穏	☐ 妄想	☐ 昼夜逆転
		☐ 暴力・攻撃性	☐ 徘徊	☐ 危険行為	☐ せん妄	☐ 不潔行為
	専門医受診	☐ その他				

今後の在宅生活に関する展望(担当ケアマネの視点で)	
在宅生活に向けての懸案事項	☐ 同居家族不在 ☐ 住環境 特記 ☐ 介護力が低い ☐ 疾病管理 ☐ 経済
在宅生活に必要な条件	
性格、家族関係等特記事項	