

隠岐の島町入退院連携ツール 情報提供書(サービス事業所)

提供日 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
被保険者番号	☐ 有 ☐ 無
☐ 介護認定:申請中	
☐ 介護認定:有	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
訪問	☐ 訪問看護	週 回
通所	☐ デイサービス	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	
-----	--

病歴等	既往歴	発病年齢	手術有無
現在治療中の病気	悪性腫瘍	歳頃	
医療機関	心疾患	歳頃	
主治医	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	在宅生活における心配事
本人	本人
家族	家族
サービス利用にあたり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			
	整容				
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 ☐ 焦躁・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 ☐ 介護力が低い ☐ 疾病管理 ☐ 経済	特記 ()
在宅生活に必要な条件		
性格、家族関係等特記事項		