

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

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。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「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)					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護(有効期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日)		<input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 月 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 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 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 type="checkbox"/> 割		障害など認定		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
年金などの種類	<input 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 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	(続柄)	歳	(同居・別居)	TEL	
キーパーソン	(続柄)	歳	(同居・別居)	TEL	

### 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同封の書類をご確認ください <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子世代と同居 (家族構成員: 名) <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名: 続柄: 歳)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	希望あり	希望なし	具体的な要望
「退院前カンファレンス」への参加	希望あり	希望なし	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	希望なし	具体的な要望

\*=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

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		軽度	褥瘡の有無と部位		なし	部位
A D L	移動	自立	移動(室内)		その他	
	移乗	見守り	移動(屋外)		歩行器	
	更衣	一部介助	起居動作		見守り	
	整容	全介助				
	入浴	見守り				
	食事	見守り				
食事内容	食事回数	回/日 朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃			食事制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			UDF等の食形態区分	
	摂取方法	トロミ剤の使用と種類		水分制限	<input type="checkbox"/> あり ml <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部分入れ歯
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排泄*	排尿	見守り			ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	見守り			オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態				眠剤の使用	薬剤名	
喫煙		本 くらい/日		飲酒	日本酒 合・ml くらい/日	
コミュニケーション能力	視力	やや難あり			眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	聴力	やや難あり			補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	言語	問題なし			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				
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )				
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )				
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり	理由	誤嚥性肺炎	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて				
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理	管理者	管理方法
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input 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		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		頻度	( )回 / 月

\*=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

# 看護連携サマリー

(作成日: 令和4年 月 日)

訪問看護ステーション〇〇

➡ 病院/施設名( )

(記載者: )

## 利用者基本情報

利用者	氏名	性別	男	生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
	住所			連絡先			
キーパーソン	氏名	性別		続柄		年齢	歳
	住所			連絡先	TEL( ) 携帯( )		
訪問看護指示書 記載医師				その他 関係医療機関			
アレルギー	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 詳細( )						
感染症	HBs抗原( ) HCV( ) HIV( ) RPR( ) TPHA( )						
既往歴							

## 在宅療養中の経過

病名	
経過	
訪問時の バイタルサイン	測定期間( / ~ / ) 週 回訪問 BP P T SPO2
医療処置の 必要性	<input type="checkbox"/> ①静脈内点滴 <input type="checkbox"/> ②CVポート <input type="checkbox"/> ③インスリン <input type="checkbox"/> ④その他注射( )
	<input type="checkbox"/> ⑤酸素( ℓ) <input type="checkbox"/> ⑥吸引 <input type="checkbox"/> ⑦気管カニューレ <input type="checkbox"/> ⑧人工呼吸器(設定: )
	<input type="checkbox"/> ⑨膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ⑩腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ⑪ストーマ管理 <input type="checkbox"/> ⑫自己導尿
	<input type="checkbox"/> ⑬血液透析 <input type="checkbox"/> ⑭腹膜透析 <input type="checkbox"/> ⑮シャント管理(部位: )
	<input type="checkbox"/> ⑯内服管理 <input type="checkbox"/> ⑰疼痛管理 <input type="checkbox"/> ⑱点眼 <input type="checkbox"/> ⑲点鼻 <input type="checkbox"/> ⑳点耳 <input type="checkbox"/> ㉑外用薬 (処方病院: )
	<input type="checkbox"/> ㉒褥瘡(部位 ) <input type="checkbox"/> ㉓創処置(部位 )
	<input type="checkbox"/> ㉔その他( )
	具体的内容・注意点 番号記入し詳細記載

病名・症状に対する説明と理解	本人 <b>ACPIに関連した内容も記載</b>
	家族
身体状況	①寝たきり度: J(自立) A(外出要介助) B(座位可) C(ねたきり) <input checked="" type="radio"/>
	②麻痺: 無 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 <input checked="" type="radio"/>
	③起居・移動: 自立 一部介助 座位 起居不能 <input checked="" type="radio"/>
	④歩行: 自立 杖 歩行介助 車椅子(一部介助・全介助) <input checked="" type="radio"/>
	⑤障害: 視力(程度: ) 聴力(程度: )
	⑥意思の伝達: できる 時々できる ほとんどできない できない その他( <input checked="" type="radio"/> )
	看護・ケア上での注意点 番号記入し詳細記載 .
生活支援の必要性	①排泄: 自立 失禁(尿・便) オムツ ポータブルトイレ カテーテル(種類: <input checked="" type="radio"/> )
	②食事: 自立 一部介助 全介助 食事形態( ) 嚥下障害( <input checked="" type="radio"/> )
	③清潔: 自立 一部介助 全介助 種類(清拭 シャワー 入浴) <input checked="" type="radio"/>
	④更衣: 自立 一部介助 全介助 <input checked="" type="radio"/>
	看護・ケア上での注意点 番号記入し詳細記載 <b>住環境も記載する</b> .
介護情報	介護度: 申請中 要支援( ) 要介護( ) <input checked="" type="radio"/>
	居宅介護支援事業所名: 氏名:
	サービス利用状況 訪問看護週 回利用、訪問介護、デイサービス、ショートステイ 福祉用具貸与(ベッド、ポータブルトイレ) など
	同居家族(有: 無) <input checked="" type="radio"/>
	家族の支援体制(有 無 ) 主介護者( ) 協力者( <input checked="" type="radio"/> )
	介護上の問題点 <b>代理判断人が誰か、現時点での望む医療、延命治療や心肺蘇生についてを記載</b> <b>介護者の健康状態や介護意欲など在宅療養の限界点を記載</b>
その他	<b>退院前カンファレンス開催の希望を理由も含めて記載</b>

訪問看護ステーション 看護師 が担当していました。  
 ご不明な点がございましたら、いつでもご連絡ください。よろしく申し上げます。

訪問看護ステーション〇〇  
 住所: 安城市〇〇町〇〇番地  
 TEL: 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇  
 FAX: 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇



保険医療機関からの指示による 入院前中止薬	
--------------------------	--

### 3 患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 ※家族、介助者の場合は 具体的な管理者（妻、ヘルパー など）も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(     ) <input type="checkbox"/> 介助者(     ) <input type="checkbox"/> その他(             )
服薬状況に関する留意点	
患者が容易に又は継続的に 服用できるための技術工夫等の 調剤情報	

### 4 薬剤による副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

### 5 併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

--

### 6 その他

--

#### 【記載上の注意】

- ・受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること