

## 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	<small>(フリガナ)</small>	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 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	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	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )    有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <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				<input type="checkbox"/> 医師の判断
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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )		
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"/> その他 ( _____ ) * <input type="checkbox"/> 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	

### 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	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"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 _____ 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 _____ ・ 年齢 _____ )
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	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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