|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県中医療圏　退院調整ルール　標準様式 | （ワクチン接種項目有り）　 | 記入年月日 　　　　年　　　月　　　日 |
| **入院時情報提供シート** |
| 事 業 所 名 | 　 | 担 当 者 名 | 　 |
| 電 話 番 号 | 　 | ＦＡＸ番号 | 　 |
|  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 |  明・大・昭 　　　年　 　　月　 　　 日　（　　　　　歳） | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  |
|  |
|  1 23 | 氏 　名 | 住　　 所 | 続 柄 | 電話番号 | 連絡がつきやすい時間帯 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現病歴 | 　 | 既往歴 | 　 |
| 家族構成図 | 住環境 | [ ] 一戸建[ ] 集合住宅　（　　 　階建て　　 　階）　　エレベーター（ 有 ・　無 ） |
| [ ] 住環境上の問題（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 本人（回男性　◎女性）　　　　主･･主介護者☆･･キーパーソン ○・・女性 □･･男性　　 | 在宅主治医　　　　　　　 | 　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 | 　 | ℡ | 　 | 主治医名 | 　 |
| 　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 | 　 | ℡ | 　 | 主治医名 | 　 |
| 要介護度　　　　　 | [ ] 申請中[ ] 区分変更中（　　 月　 　日） |
| 　要支援　１　　２　　　要介護　１　　２　　３　　４　　５　 |
| 介護保険認定有効期間 | 　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| サービス利用状況 | [ ] 訪問介護（ 　 回/週）[ ] 訪問看護( 　 　 回/週）[ ] 通所介護（ 　回/週）[ ] 訪問入浴（ 　回/週） |
| [ ] 通所リハビリ（ 　 　/週）[ ] 訪問リハビリ（ 　 回/週）[ ] 短期入所（ 　 回/週） |
| [ ] 福祉用具貸与（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] その他（　 　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| ＡＤＬ等 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 要支援は必要事項のみ記入 |
| 移動 | [ ]  | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 車いす・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用 |
| 移乗 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 床からの立ち上がり（可・不可） |
| 口腔清潔 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 義歯：無・有（上・下）　　部分入歯：無・有（部位　　　　　　） |
| 食事 | [ ]  　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　　 | 普通食　・　治療食　（ 　　　　　　Kcal）　糖尿病食　高血圧食　腎臓病食　その他（　　　　　　　　　　　　　）　経管栄養　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主食　：米飯　・粥（全・五分）　・ミキサー　　　（平均摂取量　　割程度） |
| 副食　：通常・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー（とろみ付：無・有）　　　（平均摂取量　　割程度） |
| 水分摂取：（1日　　　　ｍｌ）　　制限：無・有　（１日　　　　ｍｌ）　・とろみ剤使用（無・有）　嚥下障害（無・有） |
| 更衣 | [ ]  | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 　 |
| 入浴 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 浴室の有無（有・無）　　　　入浴制限：無・有（シャワー浴・清拭・その他（　 　　　　　 　　　 　　　　）） |
| 排泄 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | 場所：トイレ・ポータブル・尿器・オムツ |
| 療養上の問題服薬管理 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 | [ ] 　 |  |
| 療養上の問題 |  無　　・　　有　(幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・意思疎通困難・　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
| 認知症の症状（無・有）　うつ傾向（無・有）　聴覚障害（無・有）　視覚障害（無・有） |
| 医療処置 |  無　　・　　有　　①内容：バルンカテーテル・ストマ・インスリン・喀痰吸引・胃ろう・じょくそう・気管切開・在宅酸素　　　　　　　　　　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| 　　　　　　　　　 　②方法（誰が行う）：本人・訪問看護・家族（具体的には誰　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況 | 年金・生活保護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　金銭管理：本人・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 世帯構成 | 独居・高齢者夫婦世帯・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　キーパーソン（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 主介護者（　　　　　　　　　　　）　主介護者以外の支援者（　　　　　　　　　）　介護の指導（無・有）　理解の状況：十分・不十分：問題（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 連絡事項等（日中の生活・活動状況、在宅での目標、本人・家族の思いなど）　　　○新型コロナウイルスワクチン接種の有無　　　[ ] 接種有　（[ ] １回　[ ] ２回　[ ] ３回）　　[ ] 接種無 |
| この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。 |