

医療機関



居宅介護支援事業所

(記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

病院 担当者

(情報提供日: 年 月 日)

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。

担当ケアマネジャー名 <small>(フリガナ)</small>	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	フリガナ	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭・平	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	□戸建て □集合住宅 _____階建て、居室_____階		エレベーター	□なし	□あり	
入院時の要介護度	特記事項()					
	□要支援() □要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 □申請中(申請日 /) □区分変更(申請日 /) □未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2			□医師の判断		
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M			□ケアマネジャーの判断		
介護保険の自己負担割合	□ _____割 □不明	障害など認定	□なし □あり(身体・精神・知的)			
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 □その他() *□日中独居					
主介護者氏名	(続柄)	(同居・別居)	TEL			
キーパーソン	(続柄)	(同居・別居)	TEL			

3. 本人/家族の意向について

本人の性格/趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	□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	□同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 今後の在宅生活展望について(ケアマネジャーとしての意見)

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認下さい。 □居宅サービス計画1. 2. 3表 □その他()
-----------------	--------------------------------------------

5. 今後の在宅生活展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 (家族構成員数 _____名) *□日中独居 □その他()
世帯に対する配慮	□不要 □必要()
退院後の主介護者	□本シート2に同じ □左記以外(氏名 _____ 続柄 _____ ・年齢 _____)
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
家族や同居者等による虐待の疑い*	□なし □あり()
特記事項 <small>(特に注意すべき点など)</small>	

6. カンファレンスについて(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
「退院前カンファレンス」への参加	□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	□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

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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他	
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助						
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						
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"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	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				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分				
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・総)				
	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	自立	見守り	一部介助	全介助	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	自立	見守り	一部介助	全介助	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		良	不良()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日			
喫煙量		無	有 本くらい/日		飲酒量	無	有 合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難		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	やや難あり	困難							
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 徘徊 <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"/> あり (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明									
	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									
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 (職種:)
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・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度= ()回 / 月・週

*=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