

入院時情報提供書

情報提供日： 令和 年 月 日

フリガナ				事業所名			
氏名		様		担当		介護： 看護：	
住所				TEL		FAX	
性別				生年月日		年 月 日 (歳)	
①		続柄 ()		TEL			
②		続柄 ()		TEL			
連絡する場合の注意事項等							
介護保険		介護度 ()		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
身長		月	cm	体重		月	kg
病名				最終排便		月	日
現病歴				最終入浴日		月	日
既往歴				アレルギ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合の症状	
主治医		医療機関				医師名	
お薬		内服薬		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ()	

状 況				備 考		
動作	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> できない				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない				
	補助具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
栄養	栄養摂取	経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 水とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		摂取量や食べられているか等	
		摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	形態	主	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 普通 <input type="checkbox"/> 粥 ミキサー <input type="checkbox"/> 栄養食			
		副	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒きざみ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ミキサー			
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他				
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他				
更衣清潔	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 チェア型 <input type="checkbox"/> 特浴 ストレッチャー型 <input type="checkbox"/> 清拭				
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
認知	物忘れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		本人自覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <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 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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					
睡眠		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 排泄時のみ起床 <input type="checkbox"/> 眠剤服用し良眠 <input type="checkbox"/> 眠剤服用し不眠				
コミュニケーション	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可				
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 講話障害				
その他	視力	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
看護情報	退院後の療養先等家族の意向情報等あれば記載					

